

SO_GERICHTE VSBES.2018.280 vom 26. Oktober 2018

SO Obergericht, 2018-10-26, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2018.280

FR: SO_GERICHTE VSBES.2018.280 du 26 octobre 2018

IT: SO_GERICHTE VSBES.2018.280 del 26 ottobre 2018

Erwägungen

E. 2

2.1 Gemäss Art. 7 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) muss die versicherte Person alles ihr Zumutbare unternehmen, um die Dauer und das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit zu verringern und den Eintritt einer Invalidität zu verhindern. Die versicherte Person muss nach Art. 7 Abs. 2 IVG an allen zumutbaren Massnahmen, die zur Erhaltung des bestehenden Arbeitsplatzes oder zu ihrer Eingliederung ins Erwerbsleben oder in einen dem Erwerbsleben gleichgestellten Aufgabenbereich dienen, aktiv teilnehmen. Dies sind insbesondere Massnahmen der Frühintervention (Art. 7d IVG; lit. a), Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung (Art. 14a IVG; lit. b) und Massnahmen beruflicher Art (Art. 15 bis 18 und 18b IVG; lit. c).

2.2 Nach Art. 7d Abs. 1 IVG soll mit Hilfe der Massnahmen der Frühintervention der bisherige Arbeitsplatz von arbeitsunfähigen Versicherten erhalten bleiben oder sollen die Versicherten an einem neuen Arbeitsplatz innerhalb oder ausserhalb des bisherigen Betriebes eingegliedert werden. Die IV-Stellen können verschiedene Massnahmen anordnen (Art. 7d Abs. 2 lit. a bis f IVG). Auf Massnahmen der Frühintervention besteht kein Rechtsanspruch (Art. 7d Abs. 3 IVG).

2.3 Invalide oder von einer Invalidität bedrohte Versicherte haben gemäss Art. 8 Abs. 1 IVG Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern (lit. a) und die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind (lit. b).

Die Eingliederungsmassnahmen bestehen nach Art. 8 Abs. 3 IVG in medizinischen Massnahmen (lit. a), Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung (lit. abis), Massnahmen beruflicher Art (Berufsberatung, erstmalige berufliche Ausbildung, Umschulung, Arbeitsvermittlung, Kapitalhilfe; lit. b) sowie der Abgabe von Hilfsmitteln (lit. d).

2.4 Nach Art. 14a Abs. 1 IVG haben Versicherte, die seit mindestens sechs Monaten zu mindestens 50 % arbeitsunfähig sind, Anspruch auf Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung (Integrationsmassnahmen), sofern dadurch die Voraussetzungen für die Durchführung von Massnahmen beruflicher Art geschaffen werden können. Laut Art. 14a Abs. 2 IVG gelten als Integrationsmassnahmen gezielte, auf die berufliche Eingliederung gerichtete Massnahmen zur sozial-beruflichen Rehabilitation (lit. a) sowie Beschäftigungsmassnahmen (lit. b).

Integrationsmassnahmen können mehrmals zugesprochen werden, dürfen aber gesamthaft die Dauer von einem Jahr nicht übersteigen. Sie können in Ausnahmefällen um höchstens

ein Jahr verlängert werden (Art. 14a Abs. 3 IVG). Die IV-Stelle begleitet die Versicherten während der Dauer der Integrationsmassnahmen und überwacht den Erfolg der Massnahmen (Art. 14a Abs. 4 IVG).

3. Sowohl das Verwaltungsverfahren als auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (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 vom Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich 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). 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_578/2014 vom 17. Oktober 2014 E. 3.2.4, 8C_73/2011 vom 1. April 2011 E. 4.1 und 9C_456/2007 vom 17. März 2008 E. 2.2, je mit Hinweisen).

4. Die Beschwerdeführerin lässt geltend machen, die Beschwerdegegnerin habe weitere medizinische Abklärungen abgelehnt und damit den ihr obliegenden Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]) verletzt (Replik, S. 11 f. Ziff. 7). Demnach ist im Folgenden der medizinische Sachverhalt darzulegen.

4.1 Der Hausarzt, med. prakt. R.____, Allgemeine Medizin, gab in seinem Bericht vom 22. Juni 2017 an, seine Patientin leide seit Monaten an einer depressiven und somatischen Symptomatik bei einer psychosozialen Überlastungssituation. Frühere psychiatrische/psychotherapeutische Behandlungen seien nicht bekannt. Die Patientin leide an Gliederschmerzen, Atembeschwerden sowie an einer depressiven Symptomatik. Die Behandlung sei anfänglich bei Dr. med. F.____ aufgenommen worden, seit März 2017 stehe sie bei ihm in Behandlung. Eine Überweisung in die psychiatrische Behandlung bei Dr. med. G.____ sei veranlasst worden (IV-Nr. 7.3 S. 6).

4.2 Der behandelnde Psychiater, Dr. med. G.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, [...], hielt in seinem Bericht zu Händen des Taggeldversicherers vom 29. August 2017 fest, seine Patientin habe bis zu ihrer Erkrankung Ende Januar 2017 keine gesundheitlichen Einschränkungen erfahren. Sie habe sich zuvor noch nie aufgrund einer psychischen Erkrankung einer ambulanten oder stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung unterzogen. Die Patientin berichte, erstmalig im Januar 2017 unter Konzentrationsproblemen, körperlicher Erschöpfung, Gliederschmerzen und geschwollenen Gelenken gelitten zu haben. Sie gebe an, die Symptome während ihrer Beschäftigung als Direktionsassistentin bei der B.____ entwickelt zu haben, welche sie im September 2016 nach einer einjährigen Beschäftigungspause aufgenommen habe. Infolge der Symptome habe die Patientin zunächst ihr Arbeitspensum nach einer Krankschreibung im Februar

2017 ab Anfang März 2017 auf 50 % und ab Mitte März 2017 auf 30 % reduziert. Anfang April 2017 habe sie einen Zusammenbruch erlitten und sei seitdem zu 100 % arbeitsunfähig. Als Grund für diese Entwicklung der Beschwerden gebe sie an, sie habe sich zu Beginn ihrer Beschäftigung viele neue Tätigkeiten innerhalb kürzester Zeit und ohne adäquate Einarbeitung aneignen müssen. Das Arbeitsaufkommen sei sehr hoch gewesen. Sie habe im Verlauf immer neue Verantwortungsbereiche übertragen bekommen. Ihre Versuche, die Arbeitssituation entsprechend ihrer Möglichkeiten und Ressourcen anzupassen, habe beim Vorgesetzten kein Gehör gefunden. Die Patientin habe berichtet, im Verlauf zunehmend das Gefühl vermittelt bekommen zu haben, nicht kompetent genug für die ihr übertragenen Aufgaben zu sein, was sie dazu veranlasst habe, noch mehr Arbeitsaufwand zu betreiben und die nicht bewältigten Aufgaben nach Arbeitsschluss zu erledigen. Sie sei hierbei immer mehr über ihre körperlichen und psychischen Belastungsgrenzen hinausgegangen.

Im Weiteren legte der behandelnde Psychiater dar, die Patientin leide aktuell unter verminderter Konzentrations- und Merkfähigkeit, einem reduzierten Antrieb und körperlichem Schwächegefühl. Sie fühle sich innerlich angespannt und nervös, phasenweise neige sie zum Grübeln. Situationen mit hohem Reizfaktor verursachten bei ihr eine starke Bedrängnis. Die Patientin versuche, solche Situationen aktuell zu vermeiden. Bei willentlicher körperlicher Anstrengung seien rasch Schmerzen und Schwellungen an den Handgelenken vorhanden. Sie leide unter starken muskulären Verspannungen. Durch ihre Familie und das soziale Umfeld erfahre die Patientin Verständnis, psychischen Halt und Entlastung. Ihr Ehegatte helfe ihr bei der Erledigung anfallender Alltagsaufgaben. Das soziale Umfeld sei vorwiegend auf familiäre Kontakte beschränkt. Der Aufnahme von Aktivitäten ausserhalb des familiären Umfeldes fühle sich die Patientin aktuell noch nicht gewachsen. Ihre Hobbies seien Wandern, Lesen und Kochen. Aufgrund ihres Wunsches, bei Besserung ihrer Befindlichkeit wieder in den Arbeitsalltag zurückzukehren, habe die Patientin bereits Kontakt zur regionalen Arbeitsvermittlung aufgenommen.

Der behandelnde Psychiater stellte aufgrund der berichteten Symptome, des lebensgeschichtlichen Hintergrundes sowie des klinischen Eindrucks folgende Diagnosen: «Probleme verbunden mit Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung, ICD-10 Z73, Erschöpfungssyndrom, ICD-10 Z73.0». Zur Therapie wurde angegeben, die Patientin befinde sich bei ihm seit dem 18. April 2017 in ambulanter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung mit kognitiv-verhaltenstherapeutischem Schwerpunkt. Das primäre Ziel der Therapie sei die Symptomreduktion und die psychophysiologische Stabilisierung der Patientin. Dabei solle die Regenerations- und Entspannungsfähigkeit gefördert werden. Im Weiteren solle die Patientin dabei unterstützt werden, neue Problemlösestrategien sowie eine adäquate Distanzierungsfähigkeit im Umgang mit schwierigen Situationen am Arbeitsplatz zu entwickeln und auch ihre Verausgabungsbereitschaft zu reduzieren. Ein weiteres Ziel sei die Prävention und somit die Sensibilisierung der Patientin für Anzeichen der Überforderung sowie depressiver Symptomatik. Die Patientin nehme ihre Termine regelmässig wahr. Sie sei krankheitseinsichtig, motiviert und kooperativ. Durch das bisherige therapeutische Vorgehen habe die depressive Symptomatik reduziert werden können. Die Patientin schaffe es zunehmend besser, dysfunktionale Gedanken zu erkennen und diesen durch alternative Denk- und Verhaltensmuster entgegenzuwirken. Es sei eine leichte Verbesserung der Entspannungsfähigkeit bei Abwesenheit äusserer Belastungsfaktoren feststellbar. Die

aktuelle therapeutische Behandlung sei nicht abgeschlossen. Ein Therapieende sei aktuell noch nicht absehbar.

Zur Arbeitsfähigkeit wurde sodann angegeben, die Patientin sei aktuell zu 100 % arbeitsunfähig. Aufgrund der kürzlich begonnenen Therapie sei eine Prognose zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht möglich. Die Konfrontation mit den Anforderungen eines Arbeitsalltages löse bei der Patientin immer noch Stress, Gefühle der Überforderung sowie Angst vor dem Wiederauftreten der Symptome aus. Aus psychologischer Perspektive empfehle man Massnahmen, welche die Entspannungsfähigkeit förderten und das psychophysiologische Wohlbefinden steigerten (z.B. Physiotherapie, Yoga, PMR, autogenes Training etc.; IV-Nr. 7.3 S. 1 ff.).

4.3 Im vom Krankentaggeldversicherer veranlassten psychiatrischen Gutachten von Dr. med. H. ____, FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 5. Januar 2018 (Untersuchung vom 4. Januar 2018) gab die Explorandin an, sie habe im September 2016 nach zweijähriger Arbeitspause wieder eine neue Anstellung als Direktionsassistentin mit einem Pensum von 100 % angetreten. Dabei habe von Anfang an viel Stress bestanden; die Anforderungen seien hoch gewesen. Im Januar 2017 habe sie im Rahmen einer Tagung auf der [...] erste körperliche Symptome (Blockaden, Atemnot, Konzentrationsreduktion und erhöhte Ermüdbarkeit) bemerkt. In der Folge habe sie auch in ihrer Tätigkeit wieder vermehrt Fehler gemacht und Grippe-symptome (Muskelschmerzen, Schwellungen der Hände und Füße, erhöhte Ermüdbarkeit) verspürt, weshalb sie vom Hausarzt arbeitsunfähig geschrieben worden sei. Sie habe dann die Arbeit zu 50 % wieder aufgenommen und daraufhin auf 30 % reduzieren müssen. Voll arbeitsunfähig sei sie dann ab April 2017 geschrieben worden, da sie vermehrt zu zittern und zu weinen begonnen habe. Danach habe auch die Überweisung zur psychiatrischen/psychotherapeutischen Behandlung stattgefunden. Nach der Kündigung ihrer Anstellung habe sie zwei bis drei Monate beinahe nur noch geschlafen und keine sozialen Kontakte mehr wahrgenommen. Seit Oktober 2017 gehe es nun besser. Sie habe deutlich weniger Ängste und sei weniger affektlabil. Auch empfinde sie mehr Freude und könne sich besser konzentrieren. Kopfschmerzen, welche vorher regelmässig bei Anforderungen aufgetreten seien, bestünden seit November 2017 gänzlich nicht mehr. Ab und an habe sie noch Schmerzen in den Handgelenken. Auch zittere sie noch und sei vermehrt müde.

Zu den Untersuchungsbefunden wurde im Wesentlichen erwähnt, während des gesamten Explorationsgespräches könne die Explorandin ruhig auf dem Untersuchungsstuhl sitzen bleiben und ein Schmerzerleben könne von aussen nicht erkannt werden. Affektiv sei die Explorandin aktuell nicht deprimiert, nicht affektlabil und normal schwingungsfähig. Da sie freundlich und kooperativ sei, könne die Exploration insgesamt problemlos durchgeführt werden. Es handle sich um eine 43-jährige Frau, welche sich aktuell in leicht adipösem Ernährungs- und unauffälligem Allgemeinzustand präsentiere. Anhaltspunkte für das Vorhandensein von Bewusstseins- oder Orientierungsstörungen seien nicht vorhanden. Während der Exploration fielen auch keine Gedächtnis- oder Konzentrationsstörungen auf. Die Explorandin gebe jedoch an, dass die Konzentration nach wie vor reduziert sei, da sie maximal während einer Stunde Bücher lesen könne. Früher habe sie stundenlang konzentriert lesen und arbeiten können. Im formalen Denken sei die Explorandin teilweise etwas weitschweifig, insgesamt aber weitgehend unauffällig. Schuld- und Insuffizienzgefühle bestünden nicht und Ängste seien nicht mehr vorhanden. Der Antrieb der Explorandin sei jedoch immer noch leicht reduziert. Die Interessen seien normal

vorhanden und es bestehe eine deutlich erhöhte Ermüdbarkeit. Ein sozialer Rückzug finde nicht statt. Schmerzen habe die Explorandin immer noch regelmässig in beiden Handgelenken. Ab und an seien Ein- und Durchschlafstörungen vorhanden.

Der Gutachter führte im Weiteren aus, die Explorandin stehe seit Mai 2017 bei Dr. med. G.____ in psychiatrischer Behandlung, welche delegiert bei einem Psychologen in dessen Praxis einmal pro Woche für eine Stunde durchgeführt werde. Anfänglich sei ein Johanniskrautpräparat zum Einsatz gekommen, aktuell bestehe keine Medikation. Im Weiteren stehe die Explorandin einmal pro zwei Wochen in physiotherapeutischer Behandlung. Andere ambulante oder stationäre psychiatrische oder psychologische Behandlungen hätten nie stattgefunden. Zur Selbsteinschätzung der Arbeitsfähigkeit wurde vermerkt, die Explorandin halte fest, dass es ihr zunehmend besser gehe. Sie freue sich auf das Arbeitstraining und hoffe, dadurch ihre Leistungsfähigkeit wieder zu steigern.

Der psychiatrische Gutachter stellte folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: «1. Leichte depressive Episode (ICD-10: F32.0)». Im Rahmen der Beurteilung wurde ausgeführt, aufgrund der Aktenlage, der Anamnese und der aktuellen Exploration müsse davon ausgegangen werden, dass sich bei der Explorandin ab Januar 2017 zunehmend depressive Symptome mit einem deutlichen somatischen Syndrom entwickelt hätten, welche ab Mai 2017 zu einer ambulanten Behandlung und ab April 2017 zu einer durchgängigen vollständigen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung geführt hätten. Es müsse davon ausgegangen werden, dass damals eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.11) vorgelegen habe. Zum aktuellen Zeitpunkt seien unter ambulanter psychotherapeutischer Behandlung, Einsatz eines Johanniskrautpräparates und Arbeitsabstinenz deutliche Fortschritte und eine Remission der depressiven Symptomatik erzielt worden. Trotzdem bestünden nach wie vor eine Reduktion der Konzentration, eine Reduktion des Antriebs, eine deutlich erhöhte Ermüdbarkeit, Schlafstörungen und nach wie vor Schmerzen. Aus diesem Grund könne immer noch eine leichtgradige depressive Episode (ICD-10: F32.0) diagnostiziert werden, obwohl das hierfür benötigte Score in der aktuell durchgeführten Hamilton Depression Scale Testung nicht erreicht worden sei. Andere psychiatrische Symptome oder gar Diagnosen seien nicht vorhanden.

Zur Arbeitsfähigkeit wurde angegeben, aufgrund des Vorliegens einer depressiven Episode mit deutlichem somatischem Syndrom sei die bisherige 100%ige Arbeitsunfähigkeit nachvollziehbar. Zum aktuellen Zeitpunkt könne aufgrund der teilweisen Remission der depressiven Symptomatik ein externes Coaching und ein Arbeitstraining, welches durch die IV organisiert worden sei, durchgeführt werden. Solange dieses Arbeitstraining anhalte, sei von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt auszugehen. Grundsätzlich sei jedoch anzunehmen, dass beim erstmaligen Auftreten einer depressiven Episode eine günstige Prognose sowohl für den Heilverlauf als auch für die Arbeitsfähigkeit in der ursprünglichen Tätigkeit als Direktionsassistentin bestehe. Die aktuelle Reduktion der Arbeitsfähigkeit zeige sich auch im Mini-ICF-APP-Rating-Bogen, wo nach wie vor deutliche Beeinträchtigungen bei Anpassung an Regeln und Routinen, Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, Anwendung fachlicher Kompetenzen und der Durchhaltefähigkeit gefunden worden seien. Die aktuelle ambulante psychiatrische/psychotherapeutische Behandlung sollte unverändert fortgesetzt werden. Des Weiteren sei das Arbeitstraining, welches durch die IV organisiert worden sei, zu unterstützen. Die bisher durchgeführte Behandlung sei als leitliniengetreu zu beurteilen und habe zu einem Erfolg bzw. einer

Teilremission der depressiven Symptomatik geführt (IV-Nr. 24).

4.4 In seinem Bericht vom 24. April 2018 stellte der behandelnde Psychiater Dr. med. G.____ fest, bei seiner Patientin handle es sich um den komplexen Fall einer berufs- und zugleich persönlichkeitsbedingten, tiefgreifenden Erschöpfung, die sich über Jahre angebahnt habe. Die Patientin sei Direktionsassistentin gewesen und habe sich komplett verausgabt in einem Umfeld, in welchem ununterbrochen Anforderungen an sie gestellt worden seien, die sie nicht adäquat habe managen können. Es sei schliesslich zu einer schwergradigen depressiven Episode im letzten Jahr gekommen, die sich unter gezielter Psychotherapie langsam gebessert habe (eine Mediation habe die Patientin abgelehnt). Die Patientin sei jedoch damit keineswegs remittiert. Ihre Belastungstoleranz sei, wie in Erschöpfungsprozessen üblich, noch nachhaltig gestört, was sich immer wieder neu zeige (Müdigkeit, Kraftlosigkeit, Lustlosigkeit). Auch sei die Patientin aufgrund ihrer ehemaligen Situation am Arbeitsplatz und der von ihr durchlebten Versagensphase, aber auch der Behandlung durch die versicherungsmedizinischen Coping-Partner (IV, Case Management, C.____, etc.) in der Aktualisierung ihres Selbst immer noch nachhaltig beeinträchtigt. Dazu gehöre der Umgang mit Emotionen, der immer wieder ein Thema in der Psychotherapie sei.

Der behandelnde Psychiater stellte folgende Diagnosen: «St.n. schwergradiger Erschöpfungsdepression (Burnout), ICD-10 F32.21/Z73.0, gegenwärtig noch leichtgradig, mit neurasthenischer Folgestörung und Schmerzsyndrom; Kombinierte Persönlichkeitsstörung (narzisstisch, emotional-instabil, paranoid, negativistisch, zwanghaft), ICD-10 F61. (Nach Massgabe der Klinik und formalisierter Tests käme auch eine Kombination aus einzelnen Persönlichkeitsstörungen in Frage, für welche die jeweiligen Cutoff-Kriterien erfüllt sind. Wir bevorzugen jedoch die Zusammenfassung zu einer kombinierten Persönlichkeitsstörung)». Zur Medikation wurde angegeben, die Patientin habe (nicht ganz unerwartet) auf eine Medikation verzichtet. Unter dem Titel «Diskussion» wurde ausgeführt, das Hauptproblem in diesem Behandlungsfall habe sich typischerweise in seinem vollen Umfang erst nach einiger Zeit gezeigt. Es liege im Bereich der Persönlichkeit und des damit verbundenen, inadäquaten Umgangs mit den Parametern der Umwelt. Die durchlittene, tiefe Depression hänge direkt damit zusammen. Der Erschöpfungszustand müsse als Folge der inadäquaten Art und Weise, den intrapsychischen Anforderungen und zugleich den extrinsischen Realitäten zu genügen, mit dem Ziel, ihr (hochproblematisches) Selbstverständnis nicht aufgeben zu müssen, interpretiert werden. Die Anforderung, intrapsychisch intakt aus allem hervorzugehen und zugleich ihr klares, reales Versagen integrieren zu sollen, habe die Patientin in ein tiefgreifendes Dilemma geführt, aus welchem sie noch nicht nachhaltig herausgefunden habe. Aktuell stehe sie offenbar vor der Anforderung, kein Aufbautraining seitens der IV absolvieren zu dürfen (entgegen anfänglicher Zusagen), sondern direkt im Primärmarkt wieder Fuss zu fassen, lediglich unterstützt durch ein Job-Coaching von 20 Stunden. Diese neue Lage gehe darauf zurück, dass es ihr offensichtlich gelungen sei, auch nach aussen hin Intaktheit erfolgreich zu vertreten und so stabiler zu wirken, als sie sei. Insofern folge sie hier ihren alten (dysfunktionalen) Mustern. Doch handle es sich um eine Maske, die sie unter allen Umständen aufrechterhalten müsse. Hintergründig sei die Patientin radikal verunsichert, reagiere kindlich-regressiv, sei ängstlich und im Grund ohne entsprechende Fähigkeit zur Bewältigung des nun Anstehenden. Sie könne dies sich selbst, aber auch anderen gegenüber, nicht offenlegen. Eine relevante Einsichtsentwicklung zu erwarten, sei verfrüht. Hier gehe es um die Grundfesten der Persönlichkeitskonstruktion.

Zur Arbeitsfähigkeit gab Dr. med. G.____ an, vor diesem Hintergrund sei anzunehmen, dass die Patientin den Wiedereinstieg in einen Job als Direktionsassistentin derzeit kaum einfach schaffen werde. Aufgrund der nur noch leichtgradigen Depressivität und der verbleibenden Neurasthenie wäre sie versicherungsmedizinisch zwar arbeitsfähig ohne nennenswerte Einschränkungen. Doch aufgrund ihrer Persönlichkeit und der damit verbundenen enormen Anforderungen, sowohl an sich selbst als auch an die Umwelt, mit der sie konfrontiert sei, könne die Patientin ihre medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit derzeit nur sehr beschränkt umsetzen. Es sei davon auszugehen, dass die Patientin im Sinne eines Kompromisses derzeit zu 50 % arbeitsfähig sei, aber nur in einem Umfeld, das verständnisvoll auf sie einzutreten bereit sei. Der Wiedereinstieg in den Primärmarkt ■ trotz des angekündigten Coachings ■ stelle hier ein hohes Risiko dar. Daher sei zu empfehlen, die erwähnte Arbeitsfähigkeit von 50 % über mindestens drei Monate unverändert beizubehalten und erst danach eine Steigerung zu versuchen, sofern bis dahin der Einstieg als gemeistert betrachtet werden könne (IV-Nr. 48.7 S. 8 f.).

4.5 Im Bericht der I.____ (Dres. med. J.____, K.____ und L.____, FMH Endokrinologie-Diabetologie), [...], vom 10. Juli 2018 wurden folgende Diagnosen gestellt: «1. Endokrinologische Standortbestimmung, kein Nachweis Hypercortisolismus, kein Nachweis Phäochromozytom; 2. Adipositas Grad I, anamnestisch Vd. auf Schlaf-Apnoesyndrom». Im Rahmen der Beurteilung wurde angegeben, bei der Patientin sei eine Standortbestimmung bezüglich Hormone, insbesondere bezüglich Stresshormone gewünscht worden. Verschiedene Beschwerden bestünden seit dem Jahr 2017 nach den Zusammenbrüchen, welche trotz psychotherapeutischer Therapie nicht gänzlich verschwunden seien. Klinisch seien wenige spezifische Hinweise auf einen Hypercortisolismus vorhanden, dennoch seien Speichelcortisolmessungen durchgeführt worden, welche dreimal normal ausgefallen seien. Somit sei ein Hypercortisolismus unwahrscheinlich. Mit erhöhten Blutdruckwerten und neu aufgetretenen Kopfschmerzen könne ein Phäochromozytom in Betracht gezogen werden, daher sei Metanephrine im Serum bestimmt worden, welche normal ausgefallen sei. Aktuell seien keine weiteren Abklärungen einzuleiten. Sollten die Beschwerden persistieren, könne nochmals eine Bestimmung durchgeführt werden (IV-Nr. 43).

4.6 Dr. med. M.____, [...], [...] hielt in seinem Bericht vom 20. August 2018 über die Erstkonsultation der Beschwerdeführerin folgende Diagnosen fest: «1. Mittelschweres obstruktives Schlafapnoesyndrom, ED 08/18, Klinik: Schnarchen, Atempausen, Tagessymptomatik, ESS 15/24, VAS 7/10, NoSAS 7, Halsumfang 39 cm, Mallampati 4, BMI bei Diagnosestellung 33 kg/m², Respiratorische Polygrafie 10.08./18.08.2018: AHI 27/h, SpO₂ 92 %, ODI 25/h, Kardiovaskuläre Risikofaktoren: Adipositas; 2. Status nach Burnout-Syndrom 2017, derzeit im Aufbautraining». Die zusammenfassende Beurteilung lautete dahingehend, die Patientin stelle sich zur Abklärung hinsichtlich möglicher Schlafapnoe vor. Diese werde bei Schnarchen, Atempausen, Choking-Ereignissen und starker Tagessymptomatik postuliert und könne in der durchgeführten respiratorischen Polygrafie in mittelschwerer Ausprägung bestätigt werden. Das Krankheitsbild OSAS sowie der damit verbundene unabhängige kardiovaskuläre Risikofaktor sei mit der Patientin eingehend besprochen worden. Im Weiteren sei die primäre therapeutische Intervention einer nächtlichen Überdruckbeatmung (APAP/CPAP) aufgezeigt worden. Ein Therapieversuch hiermit sei im Rahmen der Symptomatik klar indiziert, inwiefern ein Zusammenhang mit dem Burn-out-Syndrom bestehe, sei nicht klar,

jedoch gut denkbar. Unter Therapie sei zu beurteilen, wie sich die Tagessymptomatik entwickle, um zwischen residueller Burnout-Symptomatik und Symptomatik aufgrund der Schlafapnoe unterscheiden zu können (IV-Nr. 44).

4.7 Dr. med. N.____, [...], stellte in ihrem Bericht vom 22. Oktober 2018 folgende Diagnosen: Dringender Verdacht auf ein chronisches Erschöpfungssyndrom, mittelschweres obstruktives Schlafapnoesyndrom (Erstdiagnose August 2018) sowie Status nach Burnout 2017 (derzeit im Aufbautraining). Zur aktuellen Anamnese wurde festgehalten, im Januar 2017 seien zwei Zusammenbrüche mit heftigem Drehen und Erbrechen sowie Atemnot erfolgt. Anschliessend sei ein Burnout diagnostiziert worden, welches im Verlauf in eine Depression übergegangen sei. Die Psychotherapie werde weitergeführt. Aktuell gehe es der Patientin psychisch relativ gut, vor allem sei sie darüber erleichtert, dass in der Zwischenzeit zusätzlich ein obstruktives Schlafapnoesyndrom diagnostiziert worden sei. Seit Jahren habe sie Schlafstörungen mit lautem Schnarchen und langen Atempausen, worauf im Sommer 2018 ein obstruktives Schlafapnoesyndrom diagnostiziert worden sei. Seit 31. August 2018 bestehe eine CPAP-Beatmung, vor 6 Wochen sei eine Neueinstellung erfolgt. Der Druck sei reduziert. Seither könne die Patientin die ganze Nacht durchschlafen und habe keine Schlafapnoe-Episoden mehr. Die Patientin fühle sich weiterhin extrem erschöpft (belastungsabhängig). Sie habe sehr lange, sich von Belastungen zu erholen. Es bestehe eine stark reduzierte Leistungsfähigkeit. Nach 11 Uhr am Morgen bestehe keine Konzentration mehr. Sie könne keine Protokolle mehr schreiben. Informationen aufzunehmen und zu verarbeiten, funktioniere nicht. Bei Fremdsprachen fielen ihr Wörter nicht ein. Sie habe früher ein fotografisches Gedächtnis gehabt, dieses bestehe jetzt nicht mehr. Multitasking sei nicht mehr möglich. Sie leide teilweise unter Schwindel bis zum Erbrechen, insbesondere auch wenn sie aus dem Sitzen oder Liegen aufstehe. Die endokrinologische Abklärung sei unauffällig gewesen, bis auf den Vitamin D-Mangel. Sie habe sehr häufig Kopfschmerzen und Migräne, Attacken von Schwindel oder Atemnot. Der Schwindel werde auch ausgelöst durch Koffein. Sie habe das Gefühl, wie in einer parallelen Welt zu leben. Die Farben seien seit der CPAP-Therapie sehr grell und hell, manchmal erschrecke sie fast. Sie habe auch das Gefühl, dass eine Schrift oder ein Gegenstand (zum Beispiel ein Türrahmen) ihr entgegenkomme.

Vorübergehend habe sie einige Tage unter Tinnitus gelitten. Sie habe geschwollene Hände und Füße. Es bestehe eine Gewichtszunahme von 12 kg innerhalb von zwei Wochen. Sie könne dieses Gewicht nicht mehr abnehmen. Sie habe einen extrem erhöhten Schlafbedarf von 10 bis 12 Stunden, Gliederschmerzen und ein Herzklopfen im Kopf. Aktuell nehme sie keine Medikamente. Die kardiologische Abklärung sei unauffällig.

Zum Befund wurde angegeben, der Neurostatus sei komplett unauffällig. Es bestehe eine Adipositas. Die Patientin wirke depressiv und affektiv eingeschränkt schwingungsfähig. Sie leide an Gedankenkreisen und sei antriebsarm. Eine Wortfindungsstörung sei nicht ersichtlich, die Patientin berichte ohne Gedächtnisstörung und gut nachvollziehbar, aber mit einigen Wiederholungen. Die Beurteilung lautete dahingehend, es bestehe ein dringender Verdacht auf ein chronisches Erschöpfungssyndrom. Die Patientin erfülle die klinischen Kriterien von 2011 (Carruthers et al.). Sie werde zur Abklärung an die Kollegen der E.____ überwiesen (Replikbeilage [RB] 5).

4.8 Im Bericht der E.____ (PD Dr. med. O.____, Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie/Psychotherapie/Psychoanalyse; P.____, Diplompsychologin/Psychotherapeutin)

vom 3. Januar 2019 geht aus den anamnestischen Angaben hervor, die Patientin habe von Januar bis März 2018 über die IV ein Belastungstraining absolviert. Im Ergebnis sei eine eingeschränkte Leistungsfähigkeit festgestellt worden mit Konzentrationseinbußen und Gedächtnisschwierigkeiten. Die IV habe die Beschwerden jedoch ignoriert und die Patientin habe von Mai bis Juli 2018 ein Aufbautraining für den ersten Arbeitsmarkt absolvieren müssen. Bei 60 % habe sie ihre Belastungsgrenze erreicht. Schwellungen und Schmerzen hätten zugenommen und die Patientin habe sich noch bis zu 100 % «durchgequält». Aufgrund der Beschwerden habe sie weitere ärztliche Untersuchungen beim Endokrinologen durchführen lassen, wobei sich mit Ausnahme des Vitamin-D-Mangels kein pathologischer Befund ergeben habe. Im August 2018 sei ein Schlafapnoe-syndrom festgestellt worden. Seit 31. Oktober 2018 erhalte die Patientin eine CPAP-Therapie, worunter sie eine leichte Verbesserung des Schlafs bemerke.

Im Weiteren wurde dargelegt, die Patientin habe die Beschwerden vorrangig in Zusammenhang mit einem jahrelang schlechten Schlaf gebracht aufgrund der Schlafapnoe. Zudem sei sie nicht sicher, ob sie unter einer unerkannten körperlichen Erkrankung leide. Auf Nachfrage habe sie zudem eine seit Jahren hohe berufliche Belastung genannt, sie sei ein «Workaholic» und habe nie auf ihren Körper gehört. Im Vorfeld der Beschwerden habe sie im Jahr 2016 eine neue Arbeitsstelle als Direktionsassistentin begonnen, ohne Einarbeitung, mit einem «narzisstischen Chef», sehr hohen Anforderungen und sehr langen Arbeitszeiten. Ein 14-tägiger Urlaub im Dezember 2016 habe keinerlei Erholung gebracht. Anschliessend habe sie sich «durchgeackert», die Müdigkeit weggedrückt und nur noch funktioniert. Belastungsfaktoren im Privatleben habe die Patientin verneint. Eine aktuelle Psychopharmakotherapie bestehe nicht, das zuvor verschriebene Johanniskrautpräparat habe nicht viel bewirkt. Vor dem Jahr 2017 habe sie keinerlei psychische Beschwerden gehabt. Seit Mai 2017 sei sie in ambulanter Psychotherapie.

Zum psychisch-psychopathologischen Befund wurde dargelegt, es habe sich eine gepflegte, unauffällig bekleidete, sehr erschöpfte und konzentrationsgestörte Patientin gezeigt. Sie sei wach gewesen, bewusstseinsklar und zu allen Qualitäten orientiert. Auffassung, Aufmerksamkeit, Merkfähigkeit und Gedächtnis seien klinisch unauffällig gewesen, die Intelligenz nach klinischem Eindruck im Normbereich. Die Stimmung sei stellenweise niedergedrückt gewesen, die emotionale Schwingungsfähigkeit sei weitgehend erhalten gewesen. Die Patientin habe einen hohen Leidensdruck bei gegebener Krankheitseinsicht, ein auch an psychischen Faktoren orientiertes Krankheitskonzept sowie eine ausreichende Behandlungsmotivation gezeigt. Als Behandlungsziel wünschte die Patientin vorrangig eine symptomatische Besserung sowie mehr innere Ruhe und Kraft. Als Diagnosen wurden eine Anpassungsstörung, eine längere depressive Reaktion (F43.21), ein Verdacht auf eine undifferenzierte Somatisierungsstörung (F45.1) sowie Schwierigkeiten mit Bezug auf die Lebensbewältigung (Z73) angegeben. Als somatische Diagnosen wurden ein mittelschweres obstruktives Schlafapnoesyndrom sowie eine Adipositas Grad I angegeben.

Zum Procedere wurde erwähnt, bei der Patientin liege ein progredient verlaufendes depressiv-somatoformes Symptombild in Folge andauernder beruflicher Belastung und überhöhter Leistungsorientierung vor, welches auch nach Wegfall der Arbeitsbelastung fortbestehe und die Funktionsfähigkeit im Alltag und Berufsleben nach wie vor deutlich einschränke. Nach Beginn der Schlafapnoebehandlung vor zwei Monaten sei eine leichte, jedoch noch keine nachhaltige Besserung eingetreten. Aufgrund der seit kurzem eingetretenen langsamen Verbesserung unter der CPAP-Therapie sollte aktuell noch der

weitere Verlauf unter ambulanter Psychotherapie abgewartet werden. Zudem erschienen antidepressiv-psychotherapeutische Möglichkeiten noch nicht ausgeschöpft. Sollten die beschriebenen Beschwerden nach konsequenter Ausschöpfung der ambulanten Möglichkeiten jedoch weiter fortbestehen und keine nachhaltige Besserung eintreten, wäre eine stationäre psychosomatisch-psychiatrische Behandlungsindikation erneut zu prüfen (RB 6).

4.9 Dem Befund von Dr. med. G.____ vom 5. Februar 2019 in seinem Bericht vom 18. Februar 2019 kann Folgendes entnommen werden: Es handle sich um eine 44-jährige Patientin, die bewusstseinsklar und zu allen Qualitäten orientiert sei. Die Konzentration könne während den einstündigen Therapiegesprächen aufrechterhalten werden. Es bestünden keine Gedächtnisprobleme. Formalgedanklich bestehe eine deutliche Tendenz zum Grübeln, ansonsten ein kohärenter Gedankengang. Es bestünden keine inhaltlichen Denkstörungen, Wahn, Ich-Störungen oder Sinnestäuschungen. Misstrauen anderen gegenüber werde von der Patientin subjektiv berichtet, dies beeinträchtige die Untersuchung aber in keiner Weise. Ansonsten bestünden keine Anhaltspunkte für Zwänge oder Befürchtungen. Es bestünden eine deutliche Störung der Vital- und Insuffizienzgefühle. Die Patientin sei deprimiert und ängstlich. Es bestünden eine innere Unruhe und eine verminderte Schwingungsfähigkeit. Der Antrieb sei vermindert. Es bestehe ein sozialer Rückzug. Der Schlaf habe sich seit der Therapie der Schlafapnoe (Maske) wieder normalisiert. Unter dem Titel «Diagnosen» wurde angegeben, im Jahr 2017 sei ein schwergradiges Erschöpfungssyndrom (ICD-10 Z73.0/F32.2) diagnostiziert worden. Nach einem weiteren Behandlungs- und Beobachtungszeitraum sei zusätzlich die Diagnose einer kombinierten Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61) gestellt worden. Zurzeit finde jedoch eine ergänzende Abklärung zur zweiten Diagnose statt.

Zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit wurde ausgeführt, ab dem 1. Juli 2017 bis zum 31. März 2018 sei aus psychiatrischer Sicht eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen, seit dem 1. April 2018 bestehe eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit. Die Arbeitsfähigkeit beziehe sich auf sämtliche berufliche Tätigkeiten. Zwischen den ausgewiesenen Arbeitsunfähigkeitszeiträumen habe ein IV-gestütztes Belastungstraining stattgefunden, wobei man in dieser Zeit von einer fortbestehenden vollständigen Arbeitsunfähigkeit bezogen auf den ersten Arbeitsmarkt ausgehen müsse. Die fortbestehende Teil-Arbeitsunfähigkeit erkläre sich dadurch, dass die Patientin nach wie vor eine deutlich verminderte Belastbarkeit sowie eine reduzierte Anpassungsfähigkeit und Flexibilität aufweise, bedingt durch die beiden Zusammenbrüche im Jahr 2017 infolge jahrelanger Insomnie und beruflicher Überlastung, wovon sie sich bis anhin nicht vollständig habe erholen können. Ob die Patientin je wieder in ihren Beruf als Direktionsassistentin einsteigen könne, könne derzeit nicht abschliessend beurteilt werden. In dieser Funktion brauche es ein starkes Selbstvertrauen und eine gute Abgrenzungsfähigkeit, da man häufig «zwischen den Fronten» stehe. Beides weise die Patientin derzeit nicht vor. Eine erneute psychiatrische Beurteilung sei frühestens in 6 Monaten sinnvoll.

Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit lautete dahingehend, die oben beschriebene Arbeitsunfähigkeit beziehe sich auch auf leidensangepasste Tätigkeiten. Um eine exakte Beurteilung zur weiteren Arbeitsfähigkeit vornehmen zu können, müsste die Patientin zuerst einen Arbeitsversuch mit einem Pensum von maximal 50 % im geschützten Rahmen absolvieren können. Unter idealen sozialen

Bedingungen (wohlwollende Leitung, kollegiales Team) wäre gut denkbar, dass sich die Patientin weiter stabilisieren und das Pensum in der Folge wieder erhöhen könnte (RB 7.)

E. 3

Der Beschwerdeführerin sei eine Invalidenrente in noch festzusetzender Höhe zuzusprechen. Eventualiter sei die Angelegenheit für weitere medizinische Abklärungen an die Vorinstanz zurückzuweisen.

E. 4

Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin. 2.5 Mit Eingabe vom 19. März 2019 verzichtet die Beschwerdegegnerin auf die Einreichung einer Duplik (A.S. 31). 2.6 Am 3. April 2019 reicht der Vertreter der Beschwerdeführerin seine Kostennote ein (A.S. 33 ff.). II. 1. 1.1 Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten. 1.2 Streitig ist, ob die Beschwerdeführerin Anspruch auf weitere berufliche Eingliederungsmassnahmen und/oder eine Invalidenrente hat. Bei der Beurteilung des Falles ist grundsätzlich auf den Sachverhalt abzustellen, der bis zum Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 26. Oktober 2018 eingetreten ist (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220 mit Hinweisen). 2. 2.1 Gemäss Art. 7 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) muss die versicherte Person alles ihr Zumutbare unternehmen, um die Dauer und das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit zu verringern und den Eintritt einer Invalidität zu verhindern. Die versicherte Person muss nach Art. 7 Abs. 2 IVG an allen zumutbaren Massnahmen, die zur Erhaltung des bestehenden Arbeitsplatzes oder zu ihrer Eingliederung ins Erwerbsleben oder in einen dem Erwerbsleben gleichgestellten Aufgabenbereich dienen, aktiv teilnehmen. Dies sind insbesondere Massnahmen der Frühintervention (Art. 7d IVG; lit. a), Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung (Art. 14a IVG; lit. b) und Massnahmen beruflicher Art (Art. 15 bis 18 und 18b IVG; lit. c). 2.2 Nach Art. 7d Abs. 1 IVG soll mit Hilfe der Massnahmen der Frühintervention der bisherige Arbeitsplatz von arbeitsunfähigen Versicherten erhalten bleiben oder sollen die Versicherten an einem neuen Arbeitsplatz innerhalb oder ausserhalb des bisherigen Betriebes eingegliedert werden. Die IV-Stellen können verschiedene Massnahmen anordnen (Art. 7d Abs. 2 lit. a bis f IVG). Auf Massnahmen der Frühintervention besteht kein Rechtsanspruch (Art. 7d Abs. 3 IVG). 2.3 Invalide oder von einer Invalidität bedrohte Versicherte haben gemäss Art. 8 Abs. 1 IVG Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern (lit. a) und die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind (lit. b). Die Eingliederungsmassnahmen bestehen nach Art. 8 Abs. 3 IVG in medizinischen Massnahmen (lit. a), Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung (lit. a bis), Massnahmen beruflicher Art (Berufsberatung, erstmalige berufliche Ausbildung, Umschulung, Arbeitsvermittlung, Kapitalhilfe; lit. b) sowie der Abgabe von Hilfsmitteln (lit. d). 2.4 Nach Art. 14a Abs. 1 IVG haben Versicherte, die seit mindestens sechs Monaten zu mindestens 50 % arbeitsunfähig sind, Anspruch auf Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung (Integrationsmassnahmen), sofern dadurch die Voraussetzungen für die Durchführung von Massnahmen beruflicher Art geschaffen werden können. Laut Art. 14a Abs. 2 IVG gelten

als Integrationsmassnahmen gezielte, auf die berufliche Eingliederung gerichtete Massnahmen zur sozial-beruflichen Rehabilitation (lit. a) sowie Beschäftigungsmassnahmen (lit. b). Integrationsmassnahmen können mehrmals zugesprochen werden, dürfen aber gesamthaft die Dauer von einem Jahr nicht übersteigen. Sie können in Ausnahmefällen um höchstens ein Jahr verlängert werden (Art. 14a Abs. 3 IVG). Die IV-Stelle begleitet die Versicherten während der Dauer der Integrationsmassnahmen und überwacht den Erfolg der Massnahmen (Art. 14a Abs. 4 IVG). 3. Sowohl das Verwaltungsverfahren als auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (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 vom Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich 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). 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_578/2014 vom 17. Oktober 2014 E. 3.2.4, 8C_73/2011 vom 1. April 2011 E. 4.1 und 9C_456/2007 vom 17. März 2008 E. 2.2, je mit Hinweisen). 4. Die Beschwerdeführerin lässt geltend machen, die Beschwerdegegnerin habe weitere medizinische Abklärungen abgelehnt und damit den ihr obliegenden Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]) verletzt (Replik, S. 11 f. Ziff. 7). Demnach ist im Folgenden der medizinische Sachverhalt darzulegen. 4.1 Der Hausarzt, med. prakt. R. ____, Allgemeine Medizin, gab in seinem Bericht vom 22. Juni 2017 an, seine Patientin leide seit Monaten an einer depressiven und somatischen Symptomatik bei einer psychosozialen Überlastungssituation. Frühere psychiatrische/psychotherapeutische Behandlungen seien nicht bekannt. Die Patientin leide an Gliederschmerzen, Atembeschwerden sowie an einer depressiven Symptomatik. Die Behandlung sei anfänglich bei Dr. med. F. ____ aufgenommen worden, seit März 2017 stehe sie bei ihm in Behandlung. Eine Überweisung in die psychiatrische Behandlung bei Dr. med. G. ____ sei veranlasst worden (IV-Nr. 7.3 S. 6). 4.2 Der behandelnde Psychiater, Dr. med. G. ____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, [...], hielt in seinem Bericht zu Handen des Taggeldversicherers vom 29. August 2017 fest, seine Patientin habe bis zu ihrer Erkrankung Ende Januar 2017 keine gesundheitlichen Einschränkungen erfahren. Sie habe sich zuvor noch nie aufgrund einer psychischen Erkrankung einer ambulanten oder stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung unterzogen. Die Patientin berichte, erstmalig im Januar 2017 unter Konzentrationsproblemen, körperlicher Erschöpfung, Gliederschmerzen und geschwollenen Gelenken gelitten zu haben. Sie gebe an, die Symptome während ihrer Beschäftigung als Direktionsassistentin bei der B. ____

entwickelt zu haben, welche sie im September 2016 nach einer einjährigen Beschäftigungspause aufgenommen habe. Infolge der Symptome habe die Patientin zunächst ihr Arbeitspensum nach einer Krankschreibung im Februar 2017 ab Anfang März 2017 auf 50 % und ab Mitte März 2017 auf 30 % reduziert. Anfang April 2017 habe sie einen Zusammenbruch erlitten und sei seitdem zu 100 % arbeitsunfähig. Als Grund für diese Entwicklung der Beschwerden gebe sie an, sie habe sich zu Beginn ihrer Beschäftigung viele neue Tätigkeiten innerhalb kürzester Zeit und ohne adäquate Einarbeitung aneignen müssen. Das Arbeitsaufkommen sei sehr hoch gewesen. Sie habe im Verlauf immer neue Verantwortungsbereiche übertragen bekommen. Ihre Versuche, die Arbeitssituation entsprechend ihrer Möglichkeiten und Ressourcen anzupassen, habe beim Vorgesetzten kein Gehör gefunden. Die Patientin habe berichtet, im Verlauf zunehmend das Gefühl vermittelt bekommen zu haben, nicht kompetent genug für die ihr übertragenen Aufgaben zu sein, was sie dazu veranlasst habe, noch mehr Arbeitsaufwand zu betreiben und die nicht bewältigten Aufgaben nach Arbeitsschluss zu erledigen. Sie sei hierbei immer mehr über ihre körperlichen und psychischen Belastungsgrenzen hinausgegangen. Im Weiteren legte der behandelnde Psychiater dar, die Patientin leide aktuell unter verminderter Konzentrations- und Merkfähigkeit, einem reduzierten Antrieb und körperlichem Schwächegefühl. Sie fühle sich innerlich angespannt und nervös, phasenweise neige sie zum Grübeln. Situationen mit hohem Reizfaktor verursachten bei ihr eine starke Bedrängnis. Die Patientin versuche, solche Situationen aktuell zu vermeiden. Bei willentlicher körperlicher Anstrengung seien rasch Schmerzen und Schwellungen an den Handgelenken vorhanden. Sie leide unter starken muskulären Verspannungen. Durch ihre Familie und das soziale Umfeld erfahre die Patientin Verständnis, psychischen Halt und Entlastung. Ihr Ehegatte helfe ihr bei der Erledigung anfallender Alltagsaufgaben. Das soziale Umfeld sei vorwiegend auf familiäre Kontakte beschränkt. Der Aufnahme von Aktivitäten ausserhalb des familiären Umfeldes fühle sich die Patientin aktuell noch nicht gewachsen. Ihre Hobbies seien Wandern, Lesen und Kochen. Aufgrund ihres Wunsches, bei Besserung ihrer Befindlichkeit wieder in den Arbeitsalltag zurückzukehren, habe die Patientin bereits Kontakt zur regionalen Arbeitsvermittlung aufgenommen. Der behandelnde Psychiater stellte aufgrund der berichteten Symptome, des lebensgeschichtlichen Hintergrundes sowie des klinischen Eindrucks folgende Diagnosen: «Probleme verbunden mit Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung, ICD-10 Z73, Erschöpfungssyndrom, ICD-10 Z73.0». Zur Therapie wurde angegeben, die Patientin befinde sich bei ihm seit dem 18. April 2017 in ambulanter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung mit kognitiv-verhaltenstherapeutischem Schwerpunkt. Das primäre Ziel der Therapie sei die Symptomreduktion und die psychophysiologische Stabilisierung der Patientin. Dabei solle die Regenerations- und Entspannungsfähigkeit gefördert werden. Im Weiteren solle die Patientin dabei unterstützt werden, neue Problemlösestrategien sowie eine adäquate Distanzierungsfähigkeit im Umgang mit schwierigen Situationen am Arbeitsplatz zu entwickeln und auch ihre Verausgabungsbereitschaft zu reduzieren. Ein weiteres Ziel sei die Prävention und somit die Sensibilisierung der Patientin für Anzeichen der Überforderung sowie depressiver Symptomatik. Die Patientin nehme ihre Termine regelmässig wahr. Sie sei krankheitseinsichtig, motiviert und kooperativ. Durch das bisherige therapeutische Vorgehen habe die depressive Symptomatik reduziert werden können. Die Patientin schaffe es zunehmend besser, dysfunktionale Gedanken zu erkennen und diesen durch alternative Denk- und Verhaltensmuster entgegenzuwirken. Es sei eine leichte Verbesserung der

Entspannungsfähigkeit bei Abwesenheit äusserer Belastungsfaktoren feststellbar. Die aktuelle therapeutische Behandlung sei nicht abgeschlossen. Ein Therapieende sei aktuell noch nicht absehbar. Zur Arbeitsfähigkeit wurde sodann angegeben, die Patientin sei aktuell zu 100 % arbeitsunfähig. Aufgrund der kürzlich begonnenen Therapie sei eine Prognose zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht möglich. Die Konfrontation mit den Anforderungen eines Arbeitsalltages löse bei der Patientin immer noch Stress, Gefühle der Überforderung sowie Angst vor dem Wiederauftreten der Symptome aus. Aus psychologischer Perspektive empfehle man Massnahmen, welche die Entspannungsfähigkeit förderten und das psychophysiologische Wohlbefinden steigerten (z.B. Physiotherapie, Yoga, PMR, autogenes Training etc.; IV-Nr. 7.3 S. 1 ff.).

4.3 Im vom Krankentaggeldversicherer veranlassten psychiatrischen Gutachten von Dr. med. H. ____, FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 5. Januar 2018 (Untersuchung vom 4. Januar 2018) gab die Explorandin an, sie habe im September 2016 nach zweijähriger Arbeitspause wieder eine neue Anstellung als Direktionsassistentin mit einem Pensum von 100 % angetreten. Dabei habe von Anfang an viel Stress bestanden; die Anforderungen seien hoch gewesen. Im Januar 2017 habe sie im Rahmen einer Tagung auf der [...] erste körperliche Symptome (Blockaden, Atemnot, Konzentrationsreduktion und erhöhte Ermüdbarkeit) bemerkt. In der Folge habe sie auch in ihrer Tätigkeit wieder vermehrt Fehler gemacht und Grippe-symptome (Muskelschmerzen, Schwellungen der Hände und Füsse, erhöhte Ermüdbarkeit) verspürt, weshalb sie vom Hausarzt arbeitsunfähig geschrieben worden sei. Sie habe dann die Arbeit zu 50 % wieder aufgenommen und daraufhin auf 30 % reduzieren müssen. Voll arbeitsunfähig sei sie dann ab April 2017 geschrieben worden, da sie vermehrt zu zittern und zu weinen begonnen habe. Danach habe auch die Überweisung zur psychiatrischen/psychotherapeutischen Behandlung stattgefunden. Nach der Kündigung ihrer Anstellung habe sie zwei bis drei Monate beinahe nur noch geschlafen und keine sozialen Kontakte mehr wahrgenommen. Seit Oktober 2017 gehe es nun besser. Sie habe deutlich weniger Ängste und sei weniger affektlabil. Auch empfinde sie mehr Freude und könne sich besser konzentrieren. Kopfschmerzen, welche vorher regelmässig bei Anforderungen aufgetreten seien, bestünden seit November 2017 gänzlich nicht mehr. Ab und an habe sie noch Schmerzen in den Handgelenken. Auch zittere sie noch und sei vermehrt müde. Zu den Untersuchungsbefunden wurde im Wesentlichen erwähnt, während des gesamten Explorationsgespräches könne die Explorandin ruhig auf dem Untersuchungsstuhl sitzen bleiben und ein Schmerzerleben könne von aussen nicht erkannt werden. Affektiv sei die Explorandin aktuell nicht deprimiert, nicht affektlabil und normal schwingungsfähig. Da sie freundlich und kooperativ sei, könne die Exploration insgesamt problemlos durchgeführt werden. Es handle sich um eine 43-jährige Frau, welche sich aktuell in leicht adipösem Ernährungs- und unauffälligem Allgemeinzustand präsentiere. Anhaltspunkte für das Vorhandensein von Bewusstseins- oder Orientierungsstörungen seien nicht vorhanden. Während der Exploration fielen auch keine Gedächtnis- oder Konzentrationsstörungen auf. Die Explorandin gebe jedoch an, dass die Konzentration nach wie vor reduziert sei, da sie maximal während einer Stunde Bücher lesen könne. Früher habe sie stundenlang konzentriert lesen und arbeiten können. Im formalen Denken sei die Explorandin teilweise etwas weitschweifig, insgesamt aber weitgehend unauffällig. Schuld- und Insuffizienzgefühle bestünden nicht und Ängste seien nicht mehr vorhanden. Der Antrieb der Explorandin sei jedoch immer noch leicht reduziert. Die Interessen seien normal vorhanden und es bestehe eine deutlich erhöhte Ermüdbarkeit. Ein sozialer Rückzug finde

nicht statt. Schmerzen habe die Explorandin immer noch regelmässig in beiden Handgelenken. Ab und an seien Ein- und Durchschlafstörungen vorhanden. Der Gutachter führte im Weiteren aus, die Explorandin stehe seit Mai 2017 bei Dr. med. G.____ in psychiatrischer Behandlung, welche delegiert bei einem Psychologen in dessen Praxis einmal pro Woche für eine Stunde durchgeführt werde. Anfänglich sei ein Johanniskrautpräparat zum Einsatz gekommen, aktuell bestehe keine Medikation. Im Weiteren stehe die Explorandin einmal pro zwei Wochen in physiotherapeutischer Behandlung. Andere ambulante oder stationäre psychiatrische oder psychologische Behandlungen hätten nie stattgefunden. Zur Selbsteinschätzung der Arbeitsfähigkeit wurde vermerkt, die Explorandin halte fest, dass es ihr zunehmend besser gehe. Sie freue sich auf das Arbeitstraining und hoffe, dadurch ihre Leistungsfähigkeit wieder zu steigern. Der psychiatrische Gutachter stellte folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: «1. Leichte depressive Episode (ICD-10: F32.0)». Im Rahmen der Beurteilung wurde ausgeführt, aufgrund der Aktenlage, der Anamnese und der aktuellen Exploration müsse davon ausgegangen werden, dass sich bei der Explorandin ab Januar 2017 zunehmend depressive Symptome mit einem deutlichen somatischen Syndrom entwickelt hätten, welche ab Mai 2017 zu einer ambulanten Behandlung und ab April 2017 zu einer durchgängigen vollständigen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung geführt hätten. Es müsse davon ausgegangen werden, dass damals eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.11) vorgelegen habe. Zum aktuellen Zeitpunkt seien unter ambulanter psychotherapeutischer Behandlung, Einsatz eines Johanniskrautpräparates und Arbeitsabstinenz deutliche Fortschritte und eine Remission der depressiven Symptomatik erzielt worden. Trotzdem bestünden nach wie vor eine Reduktion der Konzentration, eine Reduktion des Antriebs, eine deutlich erhöhte Ermüdbarkeit, Schlafstörungen und nach wie vor Schmerzen. Aus diesem Grund könne immer noch eine leichtgradige depressive Episode (ICD-10: F32.0) diagnostiziert werden, obwohl das hierfür benötigte Score in der aktuell durchgeführten Hamilton Depression Scale Testung nicht erreicht worden sei. Andere psychiatrische Symptome oder gar Diagnosen seien nicht vorhanden. Zur Arbeitsfähigkeit wurde angegeben, aufgrund des Vorliegens einer depressiven Episode mit deutlichem somatischem Syndrom sei die bisherige 100%ige Arbeitsunfähigkeit nachvollziehbar. Zum aktuellen Zeitpunkt könne aufgrund der teilweisen Remission der depressiven Symptomatik ein externes Coaching und ein Arbeitstraining, welches durch die IV organisiert worden sei, durchgeführt werden. Solange dieses Arbeitstraining anhalte, sei von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt auszugehen. Grundsätzlich sei jedoch anzunehmen, dass beim erstmaligen Auftreten einer depressiven Episode eine günstige Prognose sowohl für den Heilverlauf als auch für die Arbeitsfähigkeit in der ursprünglichen Tätigkeit als Direktionsassistentin bestehe. Die aktuelle Reduktion der Arbeitsfähigkeit zeige sich auch im Mini-ICF-APP-Rating-Bogen, wo nach wie vor deutliche Beeinträchtigungen bei Anpassung an Regeln und Routinen, Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, Anwendung fachlicher Kompetenzen und der Durchhaltefähigkeit gefunden worden seien. Die aktuelle ambulante psychiatrische/psychotherapeutische Behandlung sollte unverändert fortgesetzt werden. Des Weiteren sei das Arbeitstraining, welches durch die IV organisiert worden sei, zu unterstützen. Die bisher durchgeführte Behandlung sei als leitliniengetreu zu beurteilen und habe zu einem Erfolg bzw. einer Teilremission der depressiven Symptomatik geführt (IV-Nr. 24). 4.4 In seinem Bericht vom 24. April 2018 stellte der behandelnde Psychiater Dr. med. G.____ fest, bei seiner Patientin handle es sich um den komplexen Fall einer

berufs- und zugleich persönlichkeitsbedingten, tiefgreifenden Erschöpfung, die sich über Jahre angebahnt habe. Die Patientin sei Direktionsassistentin gewesen und habe sich komplett verausgabt in einem Umfeld, in welchem ununterbrochen Anforderungen an sie gestellt worden seien, die sie nicht adäquat habe managen können. Es sei schliesslich zu einer schwergradigen depressiven Episode im letzten Jahr gekommen, die sich unter gezielter Psychotherapie langsam gebessert habe (eine Mediation habe die Patientin abgelehnt). Die Patientin sei jedoch damit keineswegs remittiert. Ihre Belastungstoleranz sei, wie in Erschöpfungsprozessen üblich, noch nachhaltig gestört, was sich immer wieder neu zeige (Müdigkeit, Kraftlosigkeit, Lustlosigkeit). Auch sei die Patientin aufgrund ihrer ehemaligen Situation am Arbeitsplatz und der von ihr durchlebten Versagensphase, aber auch der Behandlung durch die versicherungsmedizinischen Coping-Partner (IV, Case Management, C. ____, etc.) in der Aktualisierung ihres Selbst immer noch nachhaltig beeinträchtigt. Dazu gehöre der Umgang mit Emotionen, der immer wieder ein Thema in der Psychotherapie sei. Der behandelnde Psychiater stellte folgende Diagnosen: «St.n. schwergradiger Erschöpfungsdepression (Burnout), ICD-10 F32.21/Z73.0, gegenwärtig noch leichtgradig, mit neurasthenischer Folgestörung und Schmerzsyndrom; Kombinierte Persönlichkeitsstörung (narzisstisch, emotional-instabil, paranoid, negativistisch, zwanghaft), ICD-10 F61. (Nach Massgabe der Klinik und formalisierter Tests käme auch eine Kombination aus einzelnen Persönlichkeitsstörungen in Frage, für welche die jeweiligen Cutoff-Kriterien erfüllt sind. Wir bevorzugen jedoch die Zusammenfassung zu einer kombinierten Persönlichkeitsstörung)». Zur Medikation wurde angegeben, die Patientin habe (nicht ganz unerwartet) auf eine Medikation verzichtet. Unter dem Titel «Diskussion» wurde ausgeführt, das Hauptproblem in diesem Behandlungsfall habe sich typischerweise in seinem vollen Umfang erst nach einiger Zeit gezeigt. Es liege im Bereich der Persönlichkeit und des damit verbundenen, inadäquaten Umgangs mit den Parametern der Umwelt. Die durchlittene, tiefe Depression hänge direkt damit zusammen. Der Erschöpfungszustand müsse als Folge der inadäquaten Art und Weise, den intrapsychischen Anforderungen und zugleich den extrinsischen Realitäten zu genügen, mit dem Ziel, ihr (hochproblematisches) Selbstverständnis nicht aufgeben zu müssen, interpretiert werden. Die Anforderung, intrapsychisch intakt aus allem hervorzugehen und zugleich ihr klares, reales Versagen integrieren zu sollen, habe die Patientin in ein tiefgreifendes Dilemma geführt, aus welchem sie noch nicht nachhaltig herausgefunden habe. Aktuell stehe sie offenbar vor der Anforderung, kein Aufbautraining seitens der IV absolvieren zu dürfen (entgegen anfänglicher Zusagen), sondern direkt im Primärmarkt wieder Fuss zu fassen, lediglich unterstützt durch ein Job-Coaching von 20 Stunden. Diese neue Lage gehe darauf zurück, dass es ihr offensichtlich gelungen sei, auch nach aussen hin Intaktheit erfolgreich zu vertreten und so stabiler zu wirken, als sie sei. Insofern folge sie hier ihren alten (dysfunktionalen) Mustern. Doch handle es sich um eine Maske, die sie unter allen Umständen aufrechterhalten müsse. Hintergründig sei die Patientin radikal verunsichert, reagiere kindlich-regressiv, sei ängstlich und im Grund ohne entsprechende Fähigkeit zur Bewältigung des nun Anstehenden. Sie könne dies sich selbst, aber auch anderen gegenüber, nicht offenlegen. Eine relevante Einsichtsentwicklung zu erwarten, sei verfrüht. Hier gehe es um die Grundfesten der Persönlichkeitskonstruktion. Zur Arbeitsfähigkeit gab Dr. med. G. ____ an, vor diesem Hintergrund sei anzunehmen, dass die Patientin den Wiedereinstieg in einen Job als Direktionsassistentin derzeit kaum einfach schaffen werde. Aufgrund der nur noch leichtgradigen Depressivität und der verbleibenden Neurasthenie wäre sie versicherungsmedizinisch zwar arbeitsfähig ohne nennenswerte Einschränkungen.

Doch aufgrund ihrer Persönlichkeit und der damit verbundenen enormen Anforderungen, sowohl an sich selbst als auch an die Umwelt, mit der sie konfrontiert sei, könne die Patientin ihre medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit derzeit nur sehr beschränkt umsetzen. Es sei davon auszugehen, dass die Patientin im Sinne eines Kompromisses derzeit zu 50 % arbeitsfähig sei, aber nur in einem Umfeld, das verständnisvoll auf sie einzutreten bereit sei. Der Wiedereinstieg in den Primärmarkt – trotz des angekündigten Coachings – stelle hier ein hohes Risiko dar. Daher sei zu empfehlen, die erwähnte Arbeitsfähigkeit von 50 % über mindestens drei Monate unverändert beizubehalten und erst danach eine Steigerung zu versuchen, sofern bis dahin der Einstieg als gemeistert betrachtet werden könne (IV-Nr. 48.7 S. 8 f.).

4.5 Im Bericht der I.____ (Dres. med. J.____, K.____ und L.____, FMH Endokrinologie-Diabetologie), [...], vom 10. Juli 2018 wurden folgende Diagnosen gestellt: «1. Endokrinologische Standortbestimmung, kein Nachweis Hypercortisolismus, kein Nachweis Phäochromozytom; 2. Adipositas Grad I, anamnestisch Vd. auf Schlaf-Apnoesyndrom». Im Rahmen der Beurteilung wurde angegeben, bei der Patientin sei eine Standortbestimmung bezüglich Hormone, insbesondere bezüglich Stresshormone gewünscht worden. Verschiedene Beschwerden bestünden seit dem Jahr 2017 nach den Zusammenbrüchen, welche trotz psychotherapeutischer Therapie nicht gänzlich verschwunden seien. Klinisch seien wenige spezifische Hinweise auf einen Hypercortisolismus vorhanden, dennoch seien Speichelcortisolmessungen durchgeführt worden, welche dreimal normal ausgefallen seien. Somit sei ein Hypercortisolismus unwahrscheinlich. Mit erhöhten Blutdruckwerten und neu aufgetretenen Kopfschmerzen könne ein Phäochromozytom in Betracht gezogen werden, daher sei Metanephrine im Serum bestimmt worden, welche normal ausgefallen sei. Aktuell seien keine weiteren Abklärungen einzuleiten. Sollten die Beschwerden persistieren, könne nochmals eine Bestimmung durchgeführt werden (IV-Nr. 43).

4.6 Dr. med. M.____, [...], [...] hielt in seinem Bericht vom 20. August 2018 über die Erstkonsultation der Beschwerdeführerin folgende Diagnosen fest: «1. Mittelschweres obstruktives Schlafapnoesyndrom, ED 08/18, Klinik: Schnarchen, Atempausen, Tagessymptomatik, ESS 15/24, VAS 7/10, NoSAS 7, Halsumfang 39 cm, Mallampati 4, BMI bei Diagnosestellung 33 kg/m², Respiratorische Polygrafie 10.08./18.08.2018: AHI 27/h, SpO₂ 92 %, ODI 25/h, Kardiovaskuläre Risikofaktoren: Adipositas; 2. Status nach Burnout-Syndrom 2017, derzeit im Aufbautraining». Die zusammenfassende Beurteilung lautete dahingehend, die Patientin stelle sich zur Abklärung hinsichtlich möglicher Schlafapnoe vor. Diese werde bei Schnarchen, Atempausen, Choking-Ereignissen und starker Tagessymptomatik postuliert und könne in der durchgeführten respiratorischen Polygrafie in mittelschwerer Ausprägung bestätigt werden. Das Krankheitsbild OSAS sowie der damit verbundene unabhängige kardiovaskuläre Risikofaktor sei mit der Patientin eingehend besprochen worden. Im Weiteren sei die primäre therapeutische Intervention einer nächtlichen Überdruckbeatmung (APAP/CPAP) aufgezeigt worden. Ein Therapieversuch hiermit sei im Rahmen der Symptomatik klar indiziert, inwiefern ein Zusammenhang mit dem Burn-out-Syndrom bestehe, sei nicht klar, jedoch gut denkbar. Unter Therapie sei zu beurteilen, wie sich die Tagessymptomatik entwickle, um zwischen residueller Burnout-Symptomatik und Symptomatik aufgrund der Schlafapnoe unterscheiden zu können (IV-Nr. 44).

4.7 Dr. med. N.____, [...], stellte in ihrem Bericht vom 22. Oktober 2018 folgende Diagnosen: Dringender Verdacht auf ein chronisches Erschöpfungssyndrom, mittelschweres obstruktives Schlafapnoesyndrom (Erstdiagnose August 2018) sowie Status nach Burnout 2017 (derzeit im Aufbautraining). Zur aktuellen Anamnese wurde festgehalten, im Januar

2017 seien zwei Zusammenbrüche mit heftigem Drehen und Erbrechen sowie Atemnot erfolgt. Anschliessend sei ein Burnout diagnostiziert worden, welches im Verlauf in eine Depression übergegangen sei. Die Psychotherapie werde weitergeführt. Aktuell gehe es der Patientin psychisch relativ gut, vor allem sei sie darüber erleichtert, dass in der Zwischenzeit zusätzlich ein obstruktives Schlafapnoesyndrom diagnostiziert worden sei. Seit Jahren habe sie Schlafstörungen mit lautem Schnarchen und langen Atempausen, worauf im Sommer 2018 ein obstruktives Schlafapnoesyndrom diagnostiziert worden sei. Seit 31. August 2018 bestehe eine CPAP-Beatmung, vor 6 Wochen sei eine Neueinstellung erfolgt. Der Druck sei reduziert. Seither könne die Patientin die ganze Nacht durchschlafen und habe keine Schlafapnoe-Episoden mehr. Die Patientin fühle sich weiterhin extrem erschöpft (belastungsabhängig). Sie habe sehr lange, sich von Belastungen zu erholen. Es bestehe eine stark reduzierte Leistungsfähigkeit. Nach 11 Uhr am Morgen bestehe keine Konzentration mehr. Sie könne keine Protokolle mehr schreiben. Informationen aufzunehmen und zu verarbeiten, funktioniere nicht. Bei Fremdsprachen fielen ihr Wörter nicht ein. Sie habe früher ein fotografisches Gedächtnis gehabt, dieses bestehe jetzt nicht mehr. Multitasking sei nicht mehr möglich. Sie leide teilweise unter Schwindel bis zum Erbrechen, insbesondere auch wenn sie aus dem Sitzen oder Liegen aufstehe. Die endokrinologische Abklärung sei unauffällig gewesen, bis auf den Vitamin D-Mangel. Sie habe sehr häufig Kopfschmerzen und Migräne, Attacken von Schwindel oder Atemnot. Der Schwindel werde auch ausgelöst durch Koffein. Sie habe das Gefühl, wie in einer parallelen Welt zu leben. Die Farben seien seit der CPAP-Therapie sehr grell und hell, manchmal erschrecke sie fast. Sie habe auch das Gefühl, dass eine Schrift oder ein Gegenstand (zum Beispiel ein Türrahmen) ihr entgegenkomme. Vorübergehend habe sie einige Tage unter Tinnitus gelitten. Sie habe geschwollene Hände und Füße. Es bestehe eine Gewichtszunahme von 12 kg innerhalb von zwei Wochen. Sie könne dieses Gewicht nicht mehr abnehmen. Sie habe einen extrem erhöhten Schlafbedarf von 10 bis 12 Stunden, Gliederschmerzen und ein Herzklopfen im Kopf. Aktuell nehme sie keine Medikamente. Die kardiologische Abklärung sei unauffällig. Zum Befund wurde angegeben, der Neurostatus sei komplett unauffällig. Es bestehe eine Adipositas. Die Patientin wirke depressiv und affektiv eingeschränkt schwingungsfähig. Sie leide an Gedankenkreisen und sei antriebsarm. Eine Wortfindungsstörung sei nicht ersichtlich, die Patientin berichte ohne Gedächtnisstörung und gut nachvollziehbar, aber mit einigen Wiederholungen. Die Beurteilung lautete dahingehend, es bestehe ein dringender Verdacht auf ein chronisches Erschöpfungssyndrom. Die Patientin erfülle die klinischen Kriterien von 2011 (Carruthers et al.). Sie werde zur Abklärung an die Kollegen der E.____ überwiesen (Replikbeilage [RB] 5). 4.8 Im Bericht der E.____ (PD Dr. med. O.____, Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie/Psychotherapie/Psychoanalyse; P.____, Diplompsychologin/Psychotherapeutin) vom 3. Januar 2019 geht aus den anamnestischen Angaben hervor, die Patientin habe von Januar bis März 2018 über die IV ein Belastungstraining absolviert. Im Ergebnis sei eine eingeschränkte Leistungsfähigkeit festgestellt worden mit Konzentrationseinbussen und Gedächtnisschwierigkeiten. Die IV habe die Beschwerden jedoch ignoriert und die Patientin habe von Mai bis Juli 2018 ein Aufbaustraining für den ersten Arbeitsmarkt absolvieren müssen. Bei 60 % habe sie ihre Belastungsgrenze erreicht. Schwellungen und Schmerzen hätten zugenommen und die Patientin habe sich noch bis zu 100 % «durchgequält». Aufgrund der Beschwerden habe sie weitere ärztliche Untersuchungen beim Endokrinologen durchführen lassen, wobei sich mit Ausnahme des

Vitamin-D-Mangels kein pathologischer Befund ergeben habe. Im August 2018 sei ein Schlafapnoe-syndrom festgestellt worden. Seit 31. Oktober 2018 erhalte die Patientin eine CPAP-Therapie, worunter sie eine leichte Verbesserung des Schlafs bemerke. Im Weiteren wurde dargelegt, die Patientin habe die Beschwerden vorrangig in Zusammenhang mit einem jahrelang schlechten Schlaf gebracht aufgrund der Schlafapnoe. Zudem sei sie nicht sicher, ob sie unter einer unerkannten körperlichen Erkrankung leide. Auf Nachfrage habe sie zudem eine seit Jahren hohe berufliche Belastung genannt, sie sei ein «Workaholic» und habe nie auf ihren Körper gehört. Im Vorfeld der Beschwerden habe sie im Jahr 2016 eine neue Arbeitsstelle als Direktionsassistentin begonnen, ohne Einarbeitung, mit einem «narzisstischen Chef», sehr hohen Anforderungen und sehr langen Arbeitszeiten. Ein 14-tägiger Urlaub im Dezember 2016 habe keinerlei Erholung gebracht. Anschliessend habe sie sich «durchgeackert», die Müdigkeit weggedrückt und nur noch funktioniert. Belastungsfaktoren im Privatleben habe die Patientin verneint. Eine aktuelle Psychopharmakotherapie bestehe nicht, das zuvor verschriebene Johanniskrautpräparat habe nicht viel bewirkt. Vor dem Jahr 2017 habe sie keinerlei psychische Beschwerden gehabt. Seit Mai 2017 sei sie in ambulanter Psychotherapie. Zum psychisch-psychopathologischen Befund wurde dargelegt, es habe sich eine gepflegte, unauffällig bekleidete, sehr erschöpfte und konzentrationsgestörte Patientin gezeigt. Sie sei wach gewesen, bewusstseinsklar und zu allen Qualitäten orientiert. Auffassung, Aufmerksamkeit, Merkfähigkeit und Gedächtnis seien klinisch unauffällig gewesen, die Intelligenz nach klinischem Eindruck im Normbereich. Die Stimmung sei stellenweise niedergedrückt gewesen, die emotionale Schwingungsfähigkeit sei weitgehend erhalten gewesen. Die Patientin habe einen hohen Leidensdruck bei gegebener Krankheitseinsicht, ein auch an psychischen Faktoren orientiertes Krankheitskonzept sowie eine ausreichende Behandlungsmotivation gezeigt. Als Behandlungsziel wünschte die Patientin vorrangig eine symptomatische Besserung sowie mehr innere Ruhe und Kraft. Als Diagnosen wurden eine Anpassungsstörung, eine längere depressive Reaktion (F43.21), ein Verdacht auf eine undifferenzierte Somatisierungsstörung (F45.1) sowie Schwierigkeiten mit Bezug auf die Lebensbewältigung (Z73) angegeben. Als somatische Diagnosen wurden ein mittelschweres obstruktives Schlafapnoesyndrom sowie eine Adipositas Grad I angegeben. Zum Procedere wurde erwähnt, bei der Patientin liege ein progredient verlaufendes depressiv-somatoformes Symptombild in Folge andauernder beruflicher Belastung und überhöhter Leistungsorientierung vor, welches auch nach Wegfall der Arbeitsbelastung fortbestehe und die Funktionsfähigkeit im Alltag und Berufsleben nach wie vor deutlich einschränke. Nach Beginn der Schlafapnoebehandlung vor zwei Monaten sei eine leichte, jedoch noch keine nachhaltige Besserung eingetreten. Aufgrund der seit kurzem eingetretenen langsamen Verbesserung unter der CPAP-Therapie sollte aktuell noch der weitere Verlauf unter ambulanter Psychotherapie abgewartet werden. Zudem erschienen antidepressiv-psychopharmakotherapeutische Möglichkeiten noch nicht ausgeschöpft. Sollten die beschriebenen Beschwerden nach konsequenter Ausschöpfung der ambulanten Möglichkeiten jedoch weiter fortbestehen und keine nachhaltige Besserung eintreten, wäre eine stationäre psychosomatisch-psychiatrische Behandlungsindikation erneut zu prüfen (RB 6).

4.9 Dem Befund von Dr. med. G.____ vom 5. Februar 2019 in seinem Bericht vom 18. Februar 2019 kann Folgendes entnommen werden: Es handle sich um eine 44-jährige Patientin, die bewusstseinsklar und zu allen Qualitäten orientiert sei. Die Konzentration könne während den einstündigen Therapiegesprächen aufrechterhalten werden. Es bestünden keine Gedächtnisprobleme. Formalgedanklich bestehe eine deutliche

Tendenz zum Grübeln, ansonsten ein kohärenter Gedankengang. Es bestünden keine inhaltlichen Denkstörungen, Wahn, Ich-Störungen oder Sinnestäuschungen. Misstrauen anderen gegenüber werde von der Patientin subjektiv berichtet, dies beeinträchtige die Untersuchung aber in keiner Weise. Ansonsten bestünden keine Anhaltspunkte für Zwänge oder Befürchtungen. Es bestünden eine deutliche Störung der Vital- und Insuffizienzgefühle. Die Patientin sei deprimiert und ängstlich. Es bestünden eine innere Unruhe und eine verminderte Schwingungsfähigkeit. Der Antrieb sei vermindert. Es bestehe ein sozialer Rückzug. Der Schlaf habe sich seit der Therapie der Schlafapnoe (Maske) wieder normalisiert. Unter dem Titel «Diagnosen» wurde angegeben, im Jahr 2017 sei ein schwergradiges Erschöpfungssyndrom (ICD-10 Z73.0/F32.2) diagnostiziert worden. Nach einem weiteren Behandlungs- und Beobachtungszeitraum sei zusätzlich die Diagnose einer kombinierten Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61) gestellt worden. Zurzeit finde jedoch eine ergänzende Abklärung zur zweiten Diagnose statt. Zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit wurde ausgeführt, ab dem 1. Juli 2017 bis zum 31. März 2018 sei aus psychiatrischer Sicht eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen, seit dem 1. April 2018 bestehe eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit. Die Arbeitsfähigkeit beziehe sich auf sämtliche berufliche Tätigkeiten. Zwischen den ausgewiesenen Arbeitsunfähigkeitszeiträumen habe ein IV-gestütztes Belastungstraining stattgefunden, wobei man in dieser Zeit von einer fortbestehenden vollständigen Arbeitsunfähigkeit bezogen auf den ersten Arbeitsmarkt ausgehen müsse. Die fortbestehende Teil-Arbeitsunfähigkeit erkläre sich dadurch, dass die Patientin nach wie vor eine deutlich verminderte Belastbarkeit sowie eine reduzierte Anpassungsfähigkeit und Flexibilität aufweise, bedingt durch die beiden Zusammenbrüche im Jahr 2017 infolge jahrelanger Insomnie und beruflicher Überlastung, wovon sie sich bis anhin nicht vollständig habe erholen können. Ob die Patientin je wieder in ihren Beruf als Direktionsassistentin einsteigen könne, könne derzeit nicht abschliessend beurteilt werden. In dieser Funktion brauche es ein starkes Selbstvertrauen und eine gute Abgrenzungsfähigkeit, da man häufig «zwischen den Fronten» stehe. Beides weise die Patientin derzeit nicht vor. Eine erneute psychiatrische Beurteilung sei frühestens in 6 Monaten sinnvoll. Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit lautete dahingehend, die oben beschriebene Arbeitsunfähigkeit beziehe sich auch auf leidensangepasste Tätigkeiten. Um eine exakte Beurteilung zur weiteren Arbeitsfähigkeit vornehmen zu können, müsste die Patientin zuerst einen Arbeitsversuch mit einem Pensum von maximal 50 % im geschützten Rahmen absolvieren können. Unter idealen sozialen Bedingungen (wohlwollende Leitung, kollegiales Team) wäre gut denkbar, dass sich die Patientin weiter stabilisieren und das Pensum in der Folge wieder erhöhen könnte (RB 7.)

E. 5.1

5.1.1 Die Beschwerdegegnerin lehnte mit vorliegend angefochtener Verfügung vom 26. Oktober 2018 den Anspruch der Beschwerdeführerin auf weitere berufliche Eingliederungsmassnahmen sowie eine Invalidenrente im Wesentlichen mit der Begründung ab, die Beschwerdeführerin sei von der beruflichen Eingliederungsfachperson unterstützt und begleitet worden. Vom 3. Januar bis 30. März 2018 habe sie ein Belastbarkeitstraining absolvieren können. Danach habe sie vom 2. Mai bis 31. Juli 2018 ein Aufbaustraining im 1. Arbeitsmarkt erfolgreich mit einem Arbeitspensum von 100 % beenden können. Daraufhin seien die beruflichen Massnahmen abgeschlossen worden. Die Beschwerdeführerin werde weiterhin vom Regionalen Arbeitsvermittlungszentrum bei der Stellensuche unterstützt. Gemäss den medizinischen Abklärungen liege kein

invalidisierendes Leiden vor, welches eine länger dauernde Arbeitsunfähigkeit oder eine drohende Invalidität begründen würde. Es könne der Beschwerdeführerin somit zugemutet werden, weiterhin einer Erwerbstätigkeit im Vollpensum nachzugehen und dabei ein rentenausschliessendes Einkommen zu erzielen. Ein Anspruch auf weitere Leistungen der Invalidenversicherung sei nicht gegeben. Das Verfahren werde abgeschlossen (IV-Nr. 50; A.S. 1 f.).

5.1.2 Die Beschwerdeführerin macht demgegenüber geltend, die Abklärungsergebnisse und die Schilderungen der Beschwerdegegnerin entsprächen nicht den Tatsachen. Sie sei seit Januar 2017 ohne Unterbruch krankgeschrieben. In einem Belastungs- und Aufbautraining sollte ihre Arbeitsfähigkeit beurteilt werden. In dieser Zeit habe sie immer wieder auf ihre Tagessymptomatik hingewiesen. Doch in sämtlichen Trainings habe man ihr keine seriös ermittelte Leistungsfähigkeit ausweisen können. Alle ihre Einwände, ihre Rapporte und die Beurteilung ihrer letzten Arbeitgeberin beim Aufbautraining seien ignoriert worden. Auch nach Beendigung des Aufbautrainings liege eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % vor. Es sei bei ihr eine mittelschwere Schlafapnoe diagnostiziert worden und die behandelnden Ärzte gingen davon aus, dass ihre beiden Nervenzusammenbrüche und ihre Erschöpfung von daher rührten. Seit dem 31. August 2018 mache sie eine CPAP-Therapie ohne bisherige Symptombesserung. Ihr Eindruck sei nicht subjektiv. Der Taggeldversicherer habe ihre Situation medizinisch ebenfalls neu beurteilt und komme zum objektiven Ergebnis, dass eine 50%ige Arbeitsfähigkeit nach wie vor gegeben sei. Es sei erstaunlich, dass die Beschwerdegegnerin dieser medizinischen Beurteilung keine Bedeutung beimesse und ihr Subjektivität vorwerfe. Sie lasse sich weiterhin medizinisch abklären. Die Neurologin Dr. med. N.____ habe ihr empfohlen, sich in der E.____ auf das Erschöpfungssyndrom hin untersuchen zu lassen. Die medizinische Leistungsfähigkeit müsse seriös ausgewiesen werden (A.S. 3 f.).

5.1.3 Mit Replik vom 28. Februar 2019 lässt die Beschwerdeführerin weitere berufliche Eingliederungsmassnahmen und/oder eine Invalidenrente beantragen; eventualiter sei die Angelegenheit für weitere medizinische Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Zur Begründung wird im Wesentlichen dargelegt, die Beschwerdeführerin leide seit ihren Zusammenbrüchen vom Januar und April 2017 u.a. an Kopfschmerzen, Panikattacken, Schwankschwindel mit Erbrechen, Konzentrations- und Leistungsschwäche, Erschöpfung und Müdigkeit sowie Antriebslosigkeit. Die Beschwerdegegnerin stütze ihre ablehnende Verfügung auf völlig falsche und aktenwidrige Tatsachen. Zunächst sei falsch, dass sie das Aufbautraining im 1. Arbeitsmarkt erfolgreich mit einem Arbeitspensum von 100 % beendet habe. Bereits im Belastbarkeitstraining im Rahmen von 50 % habe sie zusätzliche Pausen benötigt. Nach einer zweistündigen Konzentrationsphase habe sich ein Konzentrationsloch eingestellt. Ganz allgemein habe die Beschwerdeführerin eine Verlangsamung festgestellt. Die Beschwerdeführerin habe auch weiterhin an den erwähnten Beschwerden gelitten. Dennoch habe die Beschwerdegegnerin verlangt, dass die Beschwerdeführerin einen Arbeitsversuch im 1. Arbeitsmarkt durchführe. Dieser sei entgegen der Behauptung der Beschwerdegegnerin gerade nicht erfolgreich verlaufen. Die Beschwerdeführerin habe keine 100%ige Leistungsfähigkeit erreichen können. Die Beschwerdegegnerin stütze sich auf die Einschätzung ihres Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD), welcher die Beschwerdeführerin nicht persönlich untersucht und offensichtlich nicht alle Arztberichte berücksichtigt habe. Die Einschätzung des RAD widerspreche der Beurteilung der behandelnden Ärzte. Die mittelgradige Schlafapnoe sei im Fall der

Beschwerdeführerin nicht gut behandelbar. Von Dr. med. N.____ sei ein dringender Verdacht auf das Vorliegen eines chronischen Erschöpfungssyndroms gestellt worden. Aus dem Bericht der E.____ gehe hervor, dass die Funktionsfähigkeit der Beschwerdeführerin im Alltag und im Berufsleben nach wie vor deutlich eingeschränkt sei. Auch nach dem Arbeitsversuch sei sie weiterhin zu 50 % arbeitsunfähig. Dies sei von den behandelnden Ärzten attestiert und auch vom Krankentaggeldversicherer anerkannt worden. Die attestierte Arbeitsunfähigkeit sei objektiviert und ausgewiesen. Im Weiteren habe die Beschwerdeführerin Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen. Der gesetzlich statuierte Untersuchungsgrundsatz sei von der Beschwerdegegnerin missachtet worden.

5.2 Nach einer Würdigung der oben (unter E. II. 4. hiervor) wiedergegebenen medizinischen Berichte und Unterlagen ist festzustellen, dass der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin, wie er vor dem Zusammenbruch vom Januar 2017 bestand, noch nicht vollständig wiederhergestellt und im Weiteren unklar ist, in welchem Ausmass die Beschwerdeführerin dauernd arbeits- und leistungsfähig ist. Der behandelnde Psychiater, Dr. med. G.____, diagnostizierte in seinem Bericht vom 24. April 2018 einen Status nach schwergradiger Erschöpfungsdepression (Burnout, ICD-10 F32.21/Z73.0), gegenwärtig noch leichtgradig, mit neurasthenischer Folgestörung und Schmerzsyndrom sowie eine kombinierte Persönlichkeitsstörung (narzisstisch, emotional-instabil, paranoid, negativistisch, zwanghaft, ICD-10 F61), wobei er zur Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar darlegte, aufgrund der nur noch leichtgradigen Depressivität und der verbleibenden Neurasthenie wäre die Beschwerdeführerin zwar ohne nennenswerte Einschränkungen arbeitsfähig, doch angesichts ihrer Persönlichkeit und der damit verbundenen enormen Anforderungen, sowohl an sich selbst als auch an die Umwelt, mit der sie konfrontiert sei, könne sie ihre medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit derzeit nur sehr beschränkt umsetzen. Es sei davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin im Sinne eines Kompromisses derzeit zu 50 % arbeitsfähig sei, aber nur in einem verständnisvollen Umfeld (IV-Nr. 48.7 S. 8 f; E. II. 4.4 hiervor). Diese Einschätzung entspricht weitgehend auch den Angaben des psychiatrischen Gutachters Dr. med. K.____, der bei der Beschwerdeführerin aufgrund seiner Untersuchung vom 4. Januar 2018 eine leichte depressive Episode (ICD-10: F32.0) diagnostizierte und zur Arbeitsfähigkeit festhielt, aufgrund des Vorliegens einer depressiven Episode mit deutlichem somatischem Syndrom sei die bisherige 100%ige Arbeitsunfähigkeit nachvollziehbar. Aufgrund der teilweisen Remission der depressiven Symptomatik könne ein externes Coaching und ein Arbeitstraining durchgeführt werden. Während dieses Arbeitstrainings sei von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt auszugehen. Grundsätzlich sei jedoch anzunehmen, dass beim erstmaligen Auftreten einer depressiven Episode eine günstige Prognose sowohl für den Heilverlauf als auch für die Arbeitsfähigkeit in der ursprünglichen Tätigkeit als Direktionsassistentin bestehe. Die aktuelle ambulante psychiatrische/psychotherapeutische Behandlung sollte unverändert fortgesetzt und das von der IV organisierte Arbeitstraining unterstützt werden (IV-Nr. 24 S. 9 f.; E. II. 4.3 hiervor).

Nachdem die Neurologin Dr. med. N.____ die Beschwerdeführerin wegen des dringenden Verdachts auf ein chronisches Erschöpfungssyndrom zur Abklärung in die E.____, Psychosomatische Medizin, überwiesen hatte (Bericht vom 22. Oktober 2018, RB 5; E. II. 4.7 hiervor), diagnostizierten die Experten (PD Dr. med. O.____, Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie/Psychotherapie/Psychoanalyse; P.____, Diplompsychologin/Psychotherapeutin)

in ihrem Bericht vom 3. Januar 2019 eine «Anpassungsstörung, längere depressive Reaktion (F43.21)», einen «V.a. Undifferenzierte Somatisierungsstörung (F45.1)» sowie «Schwierigkeiten mit Bezug auf die Lebensbewältigung (Z73)». Zum Procedere hielten sie fest, bei der Patientin liege ein progredient verlaufendes depressiv-somatoformes Symptombild in Folge andauernder beruflicher Belastung und überhöhter Leistungsorientierung vor, welches auch nach Wegfall der Arbeitsbelastung fortbestehe und die Funktionsfähigkeit in Alltag und Berufsleben nach wie vor deutlich einschränke. Nach Beginn der Schlafapnoebehandlung vor zwei Monaten sei zwar eine leichte, jedoch noch keine nachhaltige Besserung eingetreten. Aufgrund der seit kurzem eingetretenen langsamen Verbesserung unter der CPAP-Therapie sollte aktuell noch der weitere Verlauf unter ambulanter Psychotherapie abgewartet werden. Zudem erschienen die antidepressiv-psychotherapeutischen Möglichkeiten noch nicht ausgeschöpft (RB 6; E. II. 4.8 hiervor). Schliesslich hielt auch der behandelnde Psychiater Dr. med. G. ___ im vorliegend jüngsten Arztbericht vom 18. Februar 2019 fest, nach einem weiteren Behandlungs- und Beobachtungszeitraum sei zusätzlich die Diagnose einer kombinierten Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61) gestellt worden. Zu dieser zweiten Diagnose fänden ergänzende Abklärungen statt. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Direktionsassistentin bestehe seit dem 1. April 2018 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit. Die fortbestehende Teil-Arbeitsunfähigkeit erkläre sich dadurch, dass die Beschwerdeführerin nach wie vor eine deutlich verminderte Belastbarkeit sowie eine reduzierte Anpassungsfähigkeit und Flexibilität aufweise, bedingt durch die beiden Zusammenbrüche im Jahr 2017 infolge jahrelanger Insomnie und beruflicher Überlastung, wovon sie sich bis anhin nicht vollständig habe erholen können. Die beschriebene Arbeitsunfähigkeit beziehe sich ebenfalls auf leidensangepasste Tätigkeiten (RB 7; E. II. 4.9 hiervor).

Insbesondere aufgrund dieser beiden Berichte der E. ___ vom 3. Januar 2019 sowie des behandelnden Psychiaters vom 18. Februar 2019 ist davon auszugehen, dass aus psychiatrischer Sicht noch kein stabilisierter Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin besteht, auch nach dem Wegfall der Arbeitsbelastung ein progredient verlaufendes depressiv-somatoformes Symptombild vorliegt und die Funktionsfähigkeit der Beschwerdeführerin im Alltag und im Berufsleben nach wie vor deutlich eingeschränkt ist. Diese medizinischen Berichte vom 3. Januar und 18. Februar 2019 erfolgten zwar nach dem Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 26. Oktober 2018, sie sind jedoch in die Beurteilung miteinzubeziehen, soweit sie Rückschlüsse auf die im Zeitpunkt des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens gegebene Situation erlauben (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_71/2017 vom 20. April 2017 E. 8.3 und 9C_136/2009 vom 10. August 2009, je mit Hinweisen). Dies ist der Fall, wird in beiden medizinischen Berichten doch eingehend auf den Krankheitsverlauf seit dem Zusammenbruch vom Januar 2017 Bezug genommen und dieser gewürdigt. Aus somatischer Sicht sind bisher keine relevanten Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit ersichtlich. Die endokrinologische Standortbestimmung vom 25. Juni 2018 ergab keine Auffälligkeiten, insbesondere konnte kein Hypercortisolismus und kein Phäochromozytom nachgewiesen werden (vgl. Bericht vom 10. Juli 2018, IV-Nr. 43; E. II. 4.5 hiervor). Der Pneumologe Dr. med. M. ___ hielt fest, die primäre therapeutische Intervention einer nächtlichen Überdruckbeatmung (APAP/CPAP) sei der Beschwerdeführerin aufgezeigt worden. Ein Therapieversuch hiermit sei im Rahmen der Symptomatik klar indiziert. Inwiefern ein Zusammenhang mit dem Burnout-Syndrom bestehe, sei unklar, jedoch denkbar (Bericht vom 20. August 2018, IV-Nr. 44; E. II. 4.6 hiervor). Gemäss den ärztlichen Angaben der E. ___ ist nach dem

Beginn der Schlafapnoebehandlung vor zwei Monaten zwar eine leichte, jedoch noch keine nachhaltige Besserung eingetreten (RB 6 S. 3). Laut dem Bericht der Neurologin Dr. med. N.____ besteht ein komplett unauffälliger Neurostatus (RB 5 S. 2; E. II. 4.7 hiervor). Demnach drängen sich aus psychiatrischer Sicht weitere Abklärungen auf. Nach den Angaben des behandelnden Psychiaters müsste die Beschwerdeführerin ■ um eine exakte Beurteilung zur weiteren Arbeitsfähigkeit vornehmen zu können ■ zuerst einen Arbeitsversuch mit einem Pensum von maximal 50 % in einem geschützten Rahmen absolvieren können. Unter idealen Bedingungen (wohlwollende Leitung, kollegiales Team) wäre es denkbar, dass sich die Beschwerdeführerin weiter stabilisieren und das Pensum in der Folge wieder erhöhen könnte (RB 7 S. 2; E. II. 4.9 hiervor).

5.3 Die oben erwähnten übereinstimmenden ärztlichen Einschätzungen werden durch die von der Beschwerdegegnerin bisher durchgeführten beruflichen Eingliederungsmassnahmen erhärtet. Dem provisorischen Bericht der C.____ über das im Zeitraum vom 3. Januar bis 30. März 2018 durchgeführte Belastbarkeitstraining kann entnommen werden, dass während des Pensumaufbaus auf 50 % innerhalb von 3 Monaten das Ziel, Werkzeuge und Strategien der Therapie in den Alltag umzusetzen, nur teilweise erreicht werden konnte. Es gehe nun darum, diese Hilfsmittel auch im ersten Arbeitsmarkt anwenden zu können. Das Bewerbungsmanagement sei auch nur teilweise gelungen. Am Ende des Zeitraums der Berichtserstattung sei ein Pensum von 50 % zwar stabil erreicht worden, die Leistungsfähigkeit könne jedoch noch nicht abschliessend beurteilt werden. Gegen Ende der Massnahme könne von einer nahezu vollen Leistungsfähigkeit während der 50%igen Anwesenheit gesprochen werden, da die Beschwerdeführerin Zwischenpausen benötige. Die effektive Leistungsfähigkeit werde sich im Aufbautraining im 1. Arbeitsmarkt zeigen (IV-Nr. 28 S. 2). Im von der D.____ durchgeführten Aufbautraining (im 1. Arbeitsmarkt) vom 2. Mai bis 31. Juli 2018, womit ein stufenweiser Aufbau auf ein 100%-Pensum angestrebt wurde (IV-Nr. 39), konnte die Beschwerdeführerin in den Bereichen «Fach- und Methodenkompetenzen» sowie «Sozial- und Selbstkompetenz» ■ mit Ausnahme der Kriterien «Konzentration und Aufmerksamkeit» sowie «Belastbarkeit», welche situationsabhängig als durchschnittlich qualifiziert wurden ■ zwar sehr gute Leistungen erbringen, die abschliessende «Leistungsbeurteilung» fiel jedoch unterschiedlich aus. So wurden die Arbeitsleistung mit 70 %, das Arbeitstempo mit zwischen 60 und 70 % und die Arbeitsqualität mit 100 % eingestuft. Im Weiteren wurde vermerkt, die Präsenzzeit sei nicht eingeschränkt gewesen und das Pensum sei kontinuierlich während den 3 Monaten von 50 % auf 100 % erhöht worden. Die Qualität der optimierten Prozesse sei zwar sehr gut gewesen, teilweise habe die Beschwerdeführerin jedoch über Konzentrationsschwäche geklagt und deshalb für ihre Verhältnisse etwas mehr Zeit benötigt als gewohnt. Sie brauche noch vermehrt Pausen, um die Konzentration aufrechtzuerhalten. In den letzten Wochen des Einsatzes habe sie eine grosse Müdigkeit verspürt und mehr Schlaf als üblich benötigt. Sie habe jedoch selbstständig gearbeitet und sehr gute Arbeitsergebnisse erzielt; der Begleitaufwand sei unterdurchschnittlich gewesen. An einem künftigen Arbeitsplatz dürfe kein Zeitdruck und es müsse ein ruhiges Arbeitsumfeld bestehen (vgl. Bericht vom 26. Juli 2018, IV-Nr. 45). Entgegen den Angaben im Abschlussbericht der beruflichen Eingliederung vom 31. August 2018 kann bei der erreichten Arbeitsleistung von lediglich 70 % sowie dem gezeigten Arbeitstempo von zwischen 60 und 70 % nicht von einer «vollen Leistung im Arbeitsversuch» gesprochen werden (vgl. IV-Nr. 47). Daran ändert der Protokolleintrag der Beschwerdegegnerin vom 30. August 2018, wonach die Arbeitgeberin bestätigt habe, es sei der Beschwerdeführerin

trotz der geklagten Beschwerden gelungen, eine volle Leistung im Arbeitsversuch zu erbringen, die beruflichen Massnahmen seien erfolgreich verlaufen und sie verfüge über die erforderlichen Fähigkeiten, sich selbstständig auf Stellen zu bewerben (vgl. Protokoll per 20. Dezember 2018, S. 9 unten), nichts.

5.4 Nach dem Gesagten bleiben im Zeitpunkt der vorliegenden angefochtenen Verfügung erhebliche Zweifel an der Aussagekraft und der Vollständigkeit der bisher getroffenen medizinischen und beruflichen Abklärungen bestehen, weshalb weitere medizinische und gegebenenfalls auch berufliche Abklärungsmassnahmen durchzuführen sind, da von diesen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (vgl. E. II. 3 hiervor). Die abschliessende Beurteilung der sich aus einem Gesundheitsschaden ergebenden funktionellen Leistungsfähigkeit obliegt in der Hauptsache dem Arzt oder der Ärztin, nicht den Fachleuten der Berufsberatung/beruflichen Eingliederung. Mit Blick auf die rechtsprechungsgemäss enge, sich gegenseitig ergänzende Zusammenarbeit zwischen der Ärzteschaft und der Berufsberatung ist jedoch einer konkret leistungsorientierten beruflichen Abklärung nicht jegliche Aussagekraft für die Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit abzusprechen (Urteil des Bundesgerichts 8C_48/2018 vom 27. Juni 2018 E. 4.3.1 mit Hinweisen). Nach den überzeugenden Angaben von PD Dr. med. O. ___ besteht auch nach dem Wegfall der Arbeitsbelastung ein progredient verlaufendes depressiv-somatoformes Symptombild, wodurch die Funktionsfähigkeit der Beschwerdeführerin im Alltag und im Beruf nach wie vor deutlich eingeschränkt werde. Aufgrund der eingetretenen langsamen Verbesserung unter der CPAP-Therapie müsse noch der weitere Verlauf unter ambulanter Psychotherapie abgewartet und die antidepressiv-psychopharmakotherapeutischen Möglichkeiten ausgeschöpft bzw. überprüft werden. Darauf ist abzustellen, zumal auch nach den Angaben des behandelnden Psychiaters ergänzende Abklärungen zur zusätzlich ■ neben dem schwergradigen Erschöpfungssyndrom ■ diagnostizierten kombinierten Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61) stattfinden.

6. Die vorliegend angefochtene Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 26. Oktober 2018, worin der Anspruch der Beschwerdeführerin auf weitere berufliche Eingliederungsmassnahmen sowie eine Invalidenrente abgewiesen wurde, beruht demnach auf einer unvollständigen Abklärung des Sachverhalts, weshalb sie aufzuheben ist. Angesichts der im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung bestehenden medizinischen Aktenlage und der Ergebnisse der beruflichen Eingliederungsmassnahmen wäre es angezeigt gewesen, bereits im Verwaltungsverfahren eine psychiatrische Begutachtung zu veranlassen, zumal dem vom Krankentaggeldversicherer veranlassten psychiatrischen Gutachten von Dr. med. H. ___ vom 5. Januar 2018 (IV-Nr. 24; E. II. 4.3 hiervor) keine Angaben zur künftigen Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin entnommen werden können. Die Sache ist daher an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie eine psychiatrische Begutachtung der Beschwerdeführerin veranlasse, gegebenenfalls weitere berufliche Eingliederungsmassnahmen durchführe und danach über den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin neu entscheide. Eine Rückweisung an die IV-Stelle ist möglich, wenn diese allein in der notwendigen Erhebung einer bislang vollständig ungeklärten Frage begründet ist (BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4 S. 264 f.). Im vorliegenden Fall wurde die Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin nicht genügend abgeklärt. Die Frage, in welchem Ausmass sie tatsächlich arbeitsfähig ist, bleibt angesichts der vorliegenden ärztlichen Berichte und der beruflichen

Abklärungsergebnisse unklar. In Nachachtung des ihr obliegenden Untersuchungsgrundsatzes (Art. 43 Abs. 1 ATSG) wäre die Beschwerdegegnerin verpflichtet gewesen, bereits im Verwaltungsverfahren weitere medizinische Abklärungsmassnahmen zu veranlassen. Die Rückweisung erscheint auch deshalb sinnvoll, weil im Anschluss an die durchzuführende psychiatrische Begutachtung gegebenenfalls noch weitere berufliche Eingliederungsmassnahmen durchzuführen sind.

E. 7

7.1 Unter dem Gesichtspunkt des (bundesrechtlichen) Anspruchs auf eine Parteientschädigung im Streit um eine Sozialversicherungsleistung gilt die Aufhebung einer ablehnenden Verfügung und die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zu ergänzender Abklärung und neuer Beurteilung als Obsiegen der versicherten Person (BGE 132 V 215 E. 6.2 S. 235 f.). Der Beschwerdeführerin steht somit eine ordentliche Parteientschädigung zu Lasten der Beschwerdegegnerin zu. Der Vertreter der Beschwerdeführerin macht mit Kostennote vom 3. April 2019 (A.S. 34 f.) einen Aufwand von 13.42 Stunden, einen Stundenansatz von CHF 260.00 und Auslagen von insgesamt CHF 217.40 geltend. Reine Kanzleiarbeit (z.B. die Weiterleitung von Dokumenten an die Klientschaft, das Einfordern von Akten, die Kenntnisnahme von Verfügungen, das Stellen von Fristerstreckungsgesuchen etc.) ist im Stundenansatz eines Anwalts bereits inbegriffen und somit nicht separat zu vergüten. Demnach können die folgenden in der Kostennote enthaltenen Positionen nicht berücksichtigt werden: 24. Januar 2019 (Brief an Versicherungsgericht, 0.25 Std.), 30. Januar 2019 (Brief an Versicherungsgericht, 0.17 Std.), 7. März 2019 (Brief an Klientin, 0.17 Std.) und 25. März 2019 (Brief an Klientin, 0.17 Std.). Der nachprozessuale Aufwand wird angesichts des Obsiegens der Beschwerdeführerin praxisgemäss auf 0.5 Stunden festgesetzt. Damit reduziert sich der Aufwand um insgesamt 1.26 Stunden auf 12.16 Stunden. Bei einem Ansatz von CHF 260.00 resultiert mit den Auslagen und der Mehrwertsteuer eine Parteientschädigung von CHF 3'639.20 (Honorar von CHF 3'161.60, Auslagen von CHF 217.40 und Mehrwertsteuer [7.7 %] von CHF 260.20).

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

Demnach wird erkannt:

1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die Verfügung vom 26. Oktober 2018 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird, damit sie im Sinne der Erwägungen verfare und anschliessend neu über den strittigen Anspruch der Beschwerdeführerin entscheide.

2. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von CHF 3'639.20 (inkl. Auslagen und MwSt.) zu bezahlen.

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

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

Schmidhauser

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